

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIX – N. 74 APRILE-GIUGNO 2010

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

3 Fiducia, parola magica

Elio Borgonovi

SAGGI

9 Misurare la performance della logistica del farmaco: applicazione di una metodologia a due casi studio

Giuliana Bensa, Maurizio Da Bove, Isabella Giusepi, Stefano Villa

25 La femminilizzazione dei medici del Ssn

Carlo De Pietro

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

37 La gestione dell'innovazione tecnologica in sanità: analisi e confronto di alcune politiche regionali in Italia

M.C. Cavallo, O. Ciani, A. Gugiatti, C. Jommi, R. Tarricone

67 Criticità percepite nell'implementazione del controllo di gestione nelle A.P.S.P.: un'analisi empirica

Andrea Francesconi, Matteo Zappulla

83 Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana

Linda Marcacci, Sabina Nuti, Chiara Seghieri

103 Un'esperienza di trasferimento e adattamento del modello «magnet hospital» nel contesto italiano

A. Palese, G. Borghi, P. De Lucia, M. Del Forno, I. Guardini, M. Mesaglio, G. Mini, S. Noacco, D. Sbaiz, R. Vesca, D. Salmaso

113 Indagine sulle nuove professioni a supporto dei Dipartimenti ospedalieri dell'Azienda Usl di Bologna

A. Protonotari, S. Bernini, I. Castaldini, D. Lodi, M.P. Fantini

129 L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva

Alessio Terzi, Angelo Tanese, Alessandro Lamanna

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

153 Novità bibliografiche

159 Spoglio riviste

ERRATA CORRIGE

Gli Autori dell'articolo «La valorizzazione dei servizi intermedi. Il caso delle prestazioni diagnostiche nella Ausl di Viterbo», pubblicato sul n. 73 del 2010 di *Mecosan* nella sezione MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO, pp. 55-72, hanno richiesto alla Redazione di segnalare l'attribuzione del loro contributo nella seguente maniera: «Pur essendo il lavoro concepito congiuntamente Luca Del Bene è autore dei §§ 1, 2 e delle conclusioni Serena Ceccarelli è autrice del § 3».

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
20136 Milano - Via Röntgen, 1
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, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 85,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, 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, Claii, 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.

Fiducia, parola magica

ELIO BORGONOVÌ

Il Governo ha posto la fiducia per far approvare dal Parlamento, senza sconvolgimenti, entro i sessanta giorni previsti per i Decreti Legge, la manovra finanziaria anticipata, accettando modifiche che non comportassero variazioni dei saldi complessivi del disavanzo pubblico. Con ciò il Governo, e in particolare il Presidente del Consiglio e il Ministro dell'Economia, hanno voluto evitare possibili sorprese derivanti da emendamenti della maggioranza e dall'ostruzionismo dell'opposizione. Un voto di fiducia che da molti è stato interpretato come espressione di sfiducia verso comportamenti dei parlamentari che avrebbero potuto mettere a rischio il dichiarato piano di risanamento imposto dalla difficile situazione dei mercati finanziari.

Il voto di fiducia era necessario e per certi aspetti obbligato, secondo il Governo, per dare fiducia ai mercati finanziari, mettere in sicurezza i conti pubblici ed evitare attacchi speculativi nei confronti dell'Euro e dei titoli di Stato dei Paesi aderenti alla moneta unica, tra cui l'Italia gravata da un elevato livello di indebitamento pubblico (il terzo a livello mondiale come percentuale sul Pil). Motivazione, questa, basata sull'ipotesi che i mercati finanziari «prendono decisioni razionali di tipo economico». Essa, peraltro, appare discutibile per almeno tre ordini di motivi.

A) Le dimensioni a dodici e più zeri dei titoli di debito pubblico dei vari Stati, senza tenere conto di quelli delle imprese, che verranno a scadenza nel prossimo quinquennio e che dovranno essere rifinanziati, nonché dei «prodotti derivati» la cui negoziazione contribuisce a rimpinguare gli utili delle maggiori banche d'affari e a creare una instabilità sistemica globale: ciò che l'Italia da sola, e anche un'Europa compatta, può fare è ben poca cosa di fronte a questa realtà.

B) Le analisi che hanno messo in evidenza in termini obiettivi come i flussi di sottoscrizione dei titoli pubblici e delle imprese siano stati e siano riconducibili a logiche speculative di perseguimento di facili profitti nel breve periodo, anche a costo di determinare incertezze e instabilità nel lungo periodo, comportamenti questi ammessi e confermati da coloro che operano sui mercati finanziari come persone fisiche o come rappresentanti di istituzioni (fondi pensione, fondi di investimento, società di gestione, ecc.): chi opera con questa logica non agisce secondo il principio e il modello di «razionalità», ossia basato sulle condizioni dell'economia reale, ma secondo il principio e il modello di «opportunismo», che consente di ottenere i risultati desiderati utilizzando la propria forza di condizionamento dei mercati.

C) Le teorie riconducibili all'economia comportamentale oggi suffragate dagli studi delle neuroscienze, secondo cui le decisioni non risponderebbero a logiche di razionalità ma sarebbero date dalla interazione tra la sfera emozionale non controllabile e la sfera razionale controllabile: ciò è confermato anche dalle dinamiche delle borse, dei tassi di indebitamento, dei cambi tra le valute che spesso variano repentinamente a seguito di dichiarazioni di banchieri centrali (Usa, Ue, Cina, Giappone), di documenti con le previsioni sulla crescita di organismi internazionali quali Ocse e FMI, della dinamica settimanale, mensile o trimestrale di alcuni indicatori economici quali tassi di disoccupazione, di crescita del Pil, ecc.

Peraltro, l'ipotesi di comportamento razionale di coloro che operano sui mercati finanziari implica anche che le previsioni del provvedimento siano corrette, ossia che esse siano idonee a ridurre di 24,5 miliardi il livello delle spese e del disavanzo rispetto alle dinamiche ten-

denziali. Non pochi analisti, tuttavia, nutrono seri dubbi sull'entità effettiva della manovra e ritengono che molti dei risparmi preannunciati non si realizzeranno nella dimensione prevista.

Un altro aspetto su cui il Ministro Tremonti ha insistito con maggior frequenza è quello della fiducia nei confronti dei contribuenti. Egli, infatti, ha sostenuto che la manovra incide sul contenimento della spesa e non fa ricorso all'aumento delle entrate, ossia all'inasprimento del carico tributario, proprio per non incidere sulla fiducia delle persone fisiche, delle famiglie e delle imprese e, di conseguenza, non determinare effetti negativi sulla capacità di spesa e sui consumi e sul consolidamento della ripresa, di cui si sono avvertiti nel 2010 i primi segnali. Anche su questo punto vari analisti hanno espresso dubbi segnalando che si avranno effetti indiretti della manovra sulle famiglie e sulle imprese, che equivalgono ad un aumento del carico tributario. Ad esempio, la riduzione dei trasferimenti alle Regioni e agli enti locali molto probabilmente comporterà l'applicazione o l'aumento di tributi a livello decentrato per mantenere l'attuale livello dei servizi. Quindi, il carico complessivo per i cittadini, le famiglie e le imprese potrebbe aumentare anche in mancanza di aumenti di tributi statali.

Se da un lato con la manovra si è inteso rassicurare i mercati finanziari, o meglio gli operatori che, esprimendo la domanda e l'offerta, contribuiscono a creare e movimentare gli stessi, dall'altro si è determinata una sfiducia da parte di tutte le categorie colpite dalla manovra e, in particolare, da parte delle Regioni e degli enti locali, che sembrano essere quelli maggiormente penalizzati in termini di trasferimenti da parte dello Stato. Per quanto riguarda la tutela della salute, gli effetti maggiormente temuti riguardano la disponibilità di risorse da parte delle Regioni e da parte degli enti locali per i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali affidati alle Asl. Il Ministro Tremonti ha precisato che i tagli previsti con la manovra non toccano direttamente la sanità e che il blocco parziale o totale del turnover non si applica al comparto sanitario, ma effetti di questo tipo sono facilmente prevedibili poiché la spesa sanitaria rappresenta il 70% circa della spesa totale delle Regioni. Se queste avranno minori risorse, dovranno inevitabilmente perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa sanitaria, che non potrà essere raggiunto solo con la lotta agli sprechi. Anzi, esiste il concreto rischio che, di fronte a un contenimento della spesa o alla riduzione del suo tasso di incremento, gli effetti più rilevanti non riguardino la lotta agli sprechi ma si traducano in riduzione della quantità e qualità dei servizi. Chi conosce i processi di cambiamento e chi ha seguito per decenni decine di riforme e di provvedimenti di contenimento della spesa o di riduzione del disavanzo sa bene e può prevedere con una sufficiente approssimazione che l'effetto più immediato non sarà quello della eliminazione degli sprechi, bensì quello della riduzione indiscriminata della spesa.

Con la manovra finanziaria avviata a fine maggio si è aperta anche una nuova «stagione» di rapporti tra Regioni ed enti locali da un lato e Stato dall'altro. La saldatura della manovra con l'introduzione del federalismo, di cui in questi mesi si stanno predisponendo i decreti attuativi, dovrebbe favorire un sistema di maggiore trasparenza nel rapporto tra autonomia di spesa e responsabilità da parte di enti decentrati. Si tratta di una prospettiva che, a sua volta, si basa su un rapporto di «fiducia tra istituzioni». Per realizzare un federalismo effettivo, e non solo a parole, occorre che lo Stato dimostri fiducia nei confronti delle Regioni e degli enti locali e che questi ultimi possano trarre dalle scelte dello Stato centrale elementi di fiducia. Occorre inoltre che si rafforzi la fiducia di tipo orizzontale tra Regioni ed enti locali considerati più efficienti e Regioni ed enti locali considerati meno efficienti. Ossia fiducia dei primi nei confronti della capacità dei secondi di attuare concrete politiche di lotta agli sprechi e di conseguente recupero dei livelli di efficienza e di produttività; fiducia dei secondi nei confronti dei primi che può nascere solo da un modello di federalismo fiscale solidale. Infatti, questo modello implica la determinazione del fabbisogno finanziario sulla base dei costi standard, trasferimenti in un periodo transitorio a vantaggio degli enti che partono da situazioni di più basso livello di efficienza, ma soprattutto trasferimento da Regioni ed enti locali efficienti a Regioni ed enti locali meno efficienti di conoscenze, competenze e ca-

pacità gestionali e organizzative di formulazione e attuazione di politiche di controllo della domanda e dell'offerta di servizi a tutela della salute. La decisa presa di posizione contraria alla manovra espressa a fine luglio dalle Regioni e dagli enti locali, nonché le differenze nelle posizioni dei governatori e dei sindaci, indicano che tale clima di fiducia – verticale nei confronti dello Stato e orizzontale tra gli enti – non si è realizzato. La speranza è che nei prossimi mesi possa essere riallacciato il filo del dialogo istituzionale, in modo da far riprendere all'intero sistema-Italia e, in particolare, al sistema di tutela della salute un percorso virtuoso utile soprattutto ai cittadini.

La manovra ha determinato rilevanti effetti anche sul rapporto di fiducia tra persone e istituzioni. Con riguardo alla sanità, le misure e gli effetti di cui si è scritto appena sopra hanno generato grande preoccupazione tra medici, infermieri e altri professionisti che operano nel settore della sanità. Vi sono previsioni di riduzione di 10000 medici entro il 2011 e di 34000 entro il 2015 a seguito delle difficoltà di sostituzione del turnover, senza parlare dei vuoti che si creerebbero per quanto riguarda il personale infermieristico e altro personale di assistenza che già presenta significative carenze. Queste previsioni, anche se fossero più limitate rispetto ai numeri appena ricordati, non contribuiscono certo a tenere elevata la motivazione del personale e generano forti timori sulla possibilità di mantenere livelli di servizi soddisfacenti sul piano quantitativo e qualitativo. Anche nelle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, servizi territoriali pubblici e privati (accreditati dal Ssn) più efficienti, una manovra di contenimento della spesa che non sia accompagnata da un «progetto per il futuro» incide inevitabilmente e negativamente sul livello di fiducia nella possibilità di mantenere la natura di «servizio sanitario» a copertura generalizzata. Il rischio di graduale scivolamento verso un sistema di tutela della salute «a due o più velocità» (per i ricchi che possono ricorrere al privato, per gli assistiti dal sistema sanitario, per gli assistiti dal sistema sanitario che godono di ulteriore copertura da parte di fondi sanitari integrativi) diventa reale.

I pazienti, a loro volta, venendo a contatto con il disagio dei medici e di altri operatori del settore (manifestato con scioperi o altre forme di protesta) e venendo a conoscenza di previsioni su possibili riduzioni del livello di copertura assistenziale, possono perdere fiducia nel sistema di tutela della salute. Un atteggiamento che è di tipo impersonale, ossia generica perdita di fiducia nei confronti soprattutto del sistema pubblico, oppure di tipo personalizzato, ossia perdita di fiducia nei confronti di medici e di altro personale con cui i pazienti sono a diretto contatto. Un atteggiamento, poi, che viene ulteriormente sollecitato dalle informazioni sui casi di reale o presunta malasanità e, non me ne vogliano i diretti interessati, da forme di pubblicità su cui lo scrivente nutre non poche perplessità. Si fa riferimento alla pubblicità degli ultimi mesi di iniziative secondo cui, partendo da una esigenza reale di difesa del paziente, si arriva a formulare la promessa di mettere a disposizione «gruppi di medici, avvocati, esperti... in grado di garantire l'obiettivo risarcimento». L'obiettivo di qualsiasi azione dovrebbe essere quello di contribuire a recuperare, mantenere, promuovere lo stato di benessere fisico e psichico delle persone, come sostiene l'art. 1 della legge 833/78 e non quello di ottenere un risarcimento. Si può pensare che chi ha promosso iniziative per aiutare i pazienti a ottenere risarcimenti in caso di malasanità reale ritenga di contribuire a responsabilizzare maggiormente medici e altro personale e a ridurre trattamenti inappropriati o non corretti. Non di meno, l'offerta di assistenza gratuita produce ineluttabilmente la cultura del «sospetto» nei confronti degli erogatori dei servizi e la cultura della «ricerca di un vantaggio economico», che sono ben presenti nella realtà degli Usa. In questo Paese non è raro trovare avvocati, singoli o in studi associati, che iniziano la propria carriera o ottengono elevate remunerazioni proprio dalle cause intentate a medici per reali o presunti errori. Si stima che i costi collegati alle malpractice (reali o presunte) e ai correlati premi di assicurazione pagati dai medici delle specialità maggiormente esposte (chirurghi, ginecologi, traumatologi, ecc.) ammontino all'incirca all'1,5% del Pil e al 10% della spesa sanitaria.

Dal complesso delle considerazioni finora svolte emerge un quadro nel quale manovre che hanno l'obiettivo di rafforzare la fiducia dei risparmiatori-investitori e, in generale, di co-

loro che operano sui mercati finanziari causano una riduzione della fiducia in coloro che operano nei vari settori dell'economia reale e, nel caso specifico, nel settore di tutela della salute. In effetti, le principali critiche mosse alla manovra e al contenimento del deficit pubblico sottolineano che essa comporta il rischio di «gelare» o almeno di ritardare la ripresa di cui nel 2010 si sono manifestati i primi segnali. Il contenimento della spesa pubblica, soprattutto per quanto riguarda gli investimenti, determinerebbe una riduzione o un basso tasso di crescita della domanda aggregata che, a sua volta, non consentirebbe la ripresa dei livelli di produzione e di occupazione. Inoltre, il contenimento delle dinamiche salariali e più in generale retributive e, come si è detto, la necessità per i cittadini e le famiglie di concorrere alla copertura dei costi di alcuni servizi pubblici, come nel caso della tutela della salute, determinerebbe una riduzione del reddito disponibile e della capacità di sostenere la ripresa dei consumi privati e dei correlati settori di produzione.

Le teorie economiche suggeriscono che le manovre di questo tipo sono complesse poiché sono efficaci solo se riescono a mantenere il giusto equilibrio tra l'effetto fiducia sui mercati finanziari e su quelli dell'economia reale. Con riguardo alla tutela della salute, la domanda che ne consegue può essere sintetizzata nei seguenti termini: come è possibile mantenere un elevato livello di fiducia dei pazienti, degli erogatori pubblici e privati di servizi, dei medici e degli altri professionisti della salute in un periodo di contenimento della spesa pubblica? La risposta può essere articolata in tre direzioni. In primo luogo, politiche che agiscono sui comportamenti. In particolare, politiche di comunicazione e di sensibilizzazione dei pazienti finalizzate a un migliore utilizzo dei servizi. Sono tali le campagne che hanno obiettivi di prevenzione primaria e secondaria o che favoriscono la diagnosi precoce, che consentono di ridurre i costi di diagnosi e di trattamenti successivi all'insorgere delle malattie, oppure quelle che hanno l'obiettivo di ridurre l'eccesso di medicalizzazione (ad esempio l'eccessivo ricorso a farmaci o a diagnosi non necessarie) o di guidare i pazienti nell'utilizzo consapevole delle tecnologie dell'informazione (ad esempio accesso telematico alla prenotazione di diagnosi ed esami o, al contrario, attenzione nell'uso di informazioni di siti non certificati che possono suggerire trattamenti di automedicazione inappropriati o addirittura pericolosi, quali diete, assunzione di farmaci, ecc.). Rientrano in questo tipo di politiche anche quelle che hanno l'obiettivo di premiare le strutture pubbliche o private in grado di realizzare il miglior rapporto benefici (in termini di livelli di salute garantiti), costi dei servizi erogati e, ancora, quelle che consentono di riconoscere incentivi di carattere economico e non economico ai medici e ad altri operatori. Al riguardo, va sottolineata la contraddittorietà di alcune norme della manovra di maggio che riduce, secondo alcuni esperti in misura drastica, la possibilità di premiare in modo significativo il merito e la professionalità.

Una seconda linea di interventi riguarda la riorganizzazione del sistema di offerta a livello regionale e nell'ambito delle singole Asl. In precedenti editoriali e in numerosi articoli ospitati da Mecosan da tempo si sostiene che la tutela della salute è sempre meno correlata alla capacità di affrontare singoli episodi e sempre più correlata alla organizzazione per «processi» e per «reti». Un sistema per curare in modo migliore e a costi inferiori è quello basato su una organizzazione in grado di «seguire» il paziente in vari momenti della propria vita, ossia quello che realizza l'ottimizzazione complessiva del rapporto benefici-costi, e non la somma di ottimizzazioni parziali quali possono essere i costi minimi di trattamenti ospedalieri, che però richiedono alti costi pre- e post-ricovero o l'ottimizzazione di costi delle fasi acute attuata senza la disponibilità di strutture per lungodegenti, con l'aumento dei costi totali sostenuti direttamente dal Servizio sanitario nazionale o indirettamente da parte delle famiglie. Indicazioni rimaste finora largamente non ascoltate anche dalle Regioni sottoposte da alcuni anni alla procedura dei piani di rientro e che si spera possano essere applicate nel prossimo futuro proprio a seguito dei vincoli-pressure della manovra finanziaria e, come si è detto, del federalismo. Obiettivo di riorganizzazione del sistema di offerta che non è impossibile e rispetto al quale non mancano «buone pratiche» (le cosiddette best practice del management di origine anglosassone): per tutte si fa riferimento alla Regione Sicilia che, proprio in virtù della riorganizzazione del sistema di offerta e di maggiore responsabilizzazione dei

dirigenti delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, è riuscita a passare in due anni da una situazione di elevato disavanzo strutturale a una situazione di avanzo). L'esperienza di questa Regione potrebbe essere più significativa per altre Regioni in disavanzo strutturale rispetto alle esperienze delle Regioni che tradizionalmente sono state caratterizzate da equilibrio economico e finanziario. Ciò in quanto la Regione Sicilia partiva da una situazione simile, anche sul piano del contesto sociale e di legalità, a quella di Regioni che ad oggi non hanno saputo o potuto compiere il salto di qualità.

La terza direzione riguarda la diffusione della cultura dell'innovazione a vari livelli. Innovazione nel campo dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e terapia connessa al progresso scientifico che si sviluppa in modo sempre più rapido. Per mantenere alta la fiducia dei pazienti occorre che le strutture di offerta abbiano la capacità di recepire con grande rapidità le innovazioni che si diffondono tramite la rete (internet e altre) o tramite l'accesso ai centri di ricerca più avanzati. Innovazione delle tecnologie e delle correlate metodiche assistenziali, che è l'effetto positivo della concorrenza. Anche su questo punto la manovra finanziaria è caratterizzata da una contraddizione, in quanto l'obiettivo di contenimento della spesa nel breve periodo potrebbe condizionare negativamente la direzione strategica (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo) e i responsabili degli acquisti, orientandoli verso tecnologie a minor costo anche se meno innovative. Un altro ambito riguarda l'innovazione nei sistemi di gestione. Come è noto ai lettori di Mecosan, questo è uno dei cavalli di battaglia della rivista, rispetto al quale si può dire che è stata ampiamente raggiunta la fase in cui gli strumenti di management sono entrati nella quotidianità delle Asl e delle aziende ospedaliere, ma non è ancora sufficiente l'efficacia del loro utilizzo. La pressione creata dalla manovra e i vantaggi immediati che si possono ottenere in un sistema di federalismo fiscale costringeranno Regioni e aziende sanitarie ospedaliere a uscire dall'ambiguità, vale a dire a usare in modo sostanziale questi strumenti. Innovazione, infine, nel rapporto pubblico-privato. Come sostenuto nel convegno celebrativo dei trent'anni di attività del CERGAS su «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale» organizzato presso l'Università Bocconi nel novembre 2008, le analisi del passato distinguevano e contrapponevano il settore pubblico e il settore privato della tutela della salute, mentre sempre più le analisi della realtà attuale e del futuro dovranno distinguere tra pubblico motivato insieme a privato for profit di tipo imprenditoriale e a privato non profit di tipo professionale che si contrappongono a pubblico inefficiente, non di rado con la presenza di fenomeni di corruzione dato l'elevato volume di risorse, privato for profit clientelare e assistito, privato non profit personalistico nel quale prevalgono elementi di immagine.

Al di là delle valutazioni tecniche sulla manovra finanziaria e delle valutazioni politiche fatte dalla maggioranza e dall'opposizione, si può osservare che una parte significativa del dibattito su di essa ha avuto come tema centrale quello della fiducia. Tuttavia si può ritenere che tale concetto sia stato evocato a volte in modo corretto, ma non di rado scorretto o per lo meno parziale. Si è posta molta enfasi sulla fiducia da infondere o da mantenere nei mercati finanziari, trascurando l'effetto sulla fiducia nei confronti dei pazienti, dei medici, degli infermieri, dei tecnici, degli altri operatori della salute, dei manager di vario livello del sistema di tutela della salute. Come direbbero gli inglesi, si tratta di un classico esempio di unbalanced focus, ossia di attenzione posta in modo non equilibrato su due aspetti importanti dell'economia e della società. A chi crede che la tutela della salute continui a rappresentare un diritto fondamentale della persona e diventi tale anche nei Paesi e nelle società in cui esso non è ancora riconosciuto, spetta la difficile sfida di riportare il dibattito e le politiche verso un modello di balanced focus.

Annuario Sanità Italia 2010

Un peccato non averlo,
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2010 da ben 21 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: tre volumi

Prezzo di copertina: € 100,00

CD ROM: € 180,00*

CD ROM + cartaceo: € 100,00* + 100,00

*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

www.annuariosanita.it

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE
PUBLIACI**

Misurare la performance della logistica del farmaco: applicazione di una metodologia a due casi studio

GIULIANA BENSA, MAURIZIO DA BOVE, ISABELLA GIUSEPI, STEFANO VILLA

The work presents a methodological framework for the analysis of costs and benefits of innovation in healthcare logistics. The framework is applied to drug logistic models into two hospital sites with different systems. One hospital is characterized by the introduction of advanced technologies and the unit dose system for drugs distribution, while the other one is based on a traditional logistic system. The performance comparison is conducted according to four dimensions: quality, costs, benefits and patient safety. The unit dose system shows relevant advantages in terms of costs and patient safety. The introduction of logistic technologies implies organizational and cultural changes and a strong investment at the beginning, but the benefits in terms of efficiency and improvement of patient safety are relevant.

Keywords: hospital logistics, drugs management, patient safety, hospital benchmarking

Parole chiave: logistica ospedaliera, gestione dei farmaci, sicurezza del paziente, benchmarking

Note sugli autori

Giuliana Bensa è ricercatrice a contratto presso CER-GAS, Università Bocconi; Maurizio Da Bove è collaboratore SDA Bocconi, Unit Produzione e Tecnologia; Isabella Giusepi, ricercatrice a contratto presso CER-GAS, Università Bocconi; Stefano Villa è ricercatore, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di economia, Roma

1. Contesto di riferimento

Nel contesto ospedaliero, la «logistica dei beni» fa riferimento all'insieme di tutte le attività che prendono avvio dal momento della ricezione di un bene all'interno di una struttura ospedaliera, fino alla consegna dello stesso al suo utilizzatore finale. In particolare (figura 1), è possibile identificare quattro fasi distinte (Bensa *et al.*, 2009): (i) ricezione dei beni e operazioni di magazzino/farmacia; (ii) richiesta del reparto e validazione; (iii) trasporto e (iv) gestione del bene a reparto e al letto del paziente.

La letteratura (Bensa *et al.*, 2009; Bowersox, Closs, 1996) evidenzia quattro diverse componenti che caratterizzano il sistema logistico di un'azienda:¹

- 1) il modello operativo di servizio;
- 2) il modello organizzativo;
- 3) le tecnologie e i sistemi informativi;
- 4) il *layout* e l'organizzazione degli spazi.

Le aziende sanitarie, a differenza di altri settori, hanno tradizionalmente sottovalutato l'importanza e la rilevanza strategica della logistica.

Negli ultimi anni però, seppure in modo non omogeneo all'interno del contesto nazionale, diverse realtà si sono rese partecipi di importanti progetti di cambiamento che hanno toccato trasversalmente tutte le componenti della logistica ospedaliera. Si pensi, ad esempio, a:

- i) progetti di *outsourcing* ed esperienze di accentrimento della funzione logistica, con

SOMMARIO

1. Contesto di riferimento
2. Le dimensioni di performance della logistica dei beni
3. Domanda di ricerca e metodologia
4. I risultati
5. Conclusioni
6. Appendici

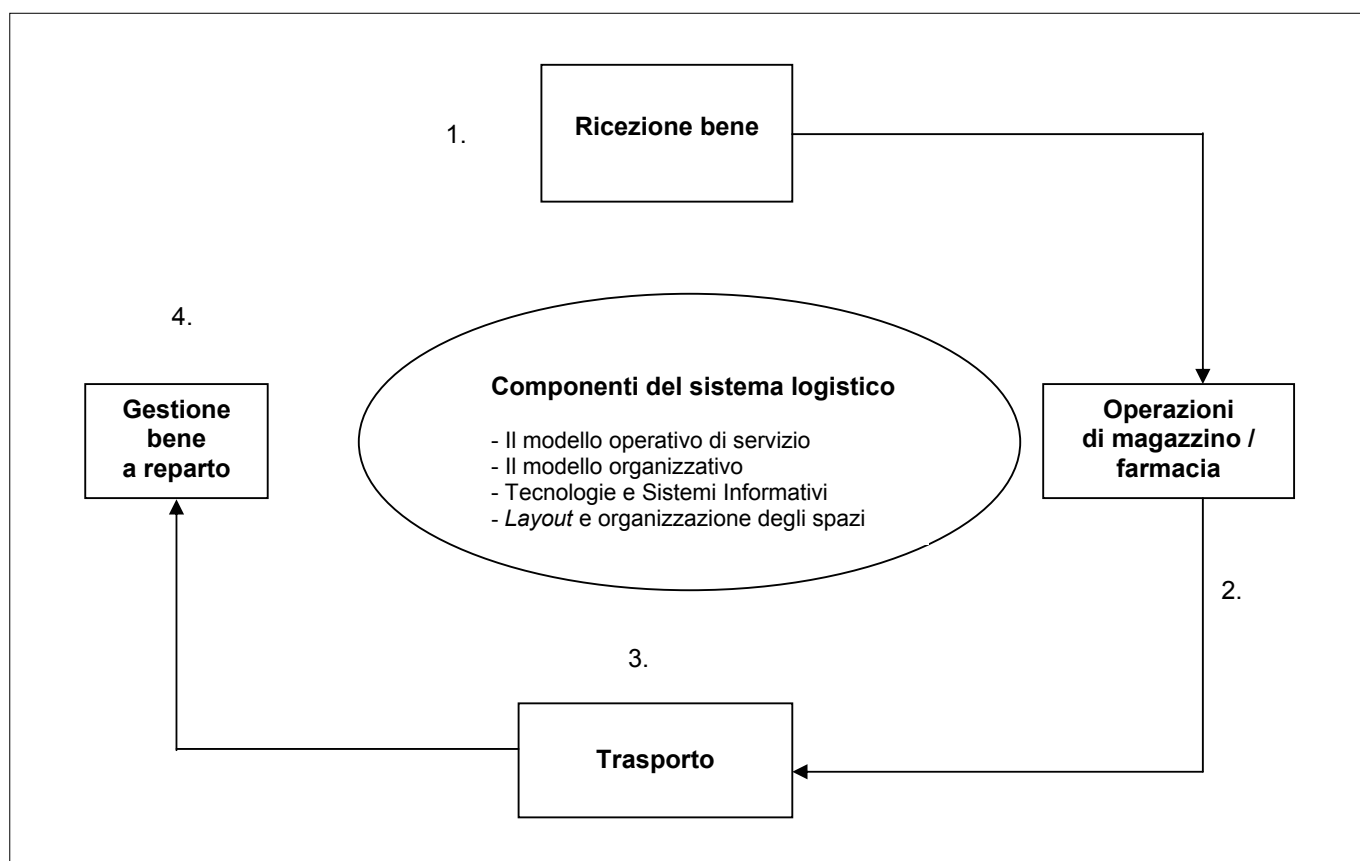


Figura 1

Fasi e componenti della logistica di un'azienda sanitaria

interventi sul macro-modello organizzativo del sistema logistico;

ii) cambiamenti nel modello operativo di servizio con l'adozione di logiche gestionali innovative come il modello *Just in time* e il modello Kanban;

iii) introduzione di nuove tecnologie e potenziamento dei sistemi informativi a supporto della gestione e del controllo dei flussi logistici;

iv) progetti di ristrutturazione del *layout* e di riorganizzazione degli spazi finalizzati al recupero di efficienza e alla ottimizzazione dei flussi di beni.

Si ha però la sensazione che, almeno in taluni casi, questi processi di innovazione siano guidati, più che da un'attenta analisi dei costi e dei benefici dei cambiamenti introdotti, dalle contingenze del momento (esigenza di contenimento dei costi e pressioni per migliorare il profilo di sicurezza) e dalla spinta a mutuare modelli gestionali di moda sperimentati con successo in altri

contesti (Villa *et al.*, 2009; Koppel *et al.*, 2005).

A tal proposito il presente contributo sviluppa un *framework* di analisi della performance logistica nel conteso delle aziende sanitarie (§ 2), testandolo poi in due strutture che hanno adottato differenti modelli logistici (§ 3).

2. Le dimensioni di performance della logistica dei beni

In termini generali, si può affermare che un sistema logistico è performante e crea valore quando soddisfa le esigenze del cliente fornendo il prodotto giusto nel luogo giusto al momento giusto, garantendo il livello di servizio desiderato al minor costo globale di gestione (Doerner, Reimanm, 2007).

Se si vuole però entrare maggiormente nel dettaglio della misurazione della performance della logistica sanitaria, si possono individuare almeno quattro distinte dimensioni di analisi (Bensa *et al.*, 2009):

- 1) i costi di gestione;
- 2) i benefici economico-finanziari;
- 3) la qualità del servizio;
- 4) la sicurezza del paziente.

I costi di gestione

Nell'analisi dei costi di gestione di un sistema logistico i *driver* da considerare risultano essere almeno quattro:

- i) la tecnologia;
- ii) il tempo (delle diverse professionalità coinvolte nella funzione logistica);
- iii) lo spazio occupato;
- iv) il costo di eventuali servizi esternalizzati.

I benefici economico-finanziari

Una dimensione di performance sicuramente rilevante di un sistema logistico è data dalla capacità di ottimizzare i flussi dei beni in modo tale da ridurre al minimo il valore delle scorte, liberando, di conseguenza, significative risorse finanziarie.

Tipici indicatori per misurare la performance della logistica rispetto a questa dimensione sono rappresentati da:

- i) il valore delle scorte a magazzino;
- ii) il valore delle scorte a reparto;
- iii) il valore dei prodotti scaduti.

Altri indicatori, di natura non monetaria, comunemente utilizzati per misurare la performance della gestione dei magazzini sono l'indice di rotazione e l'indice di copertura.

L'*indice di rotazione* del magazzino è dato dal rapporto tra il valore dei beni distribuiti dal magazzino e il valore medio dello stock tenuto a magazzino, mentre l'*indice di copertura* fornisce un'indicazione relativa alla copertura temporale del fabbisogno e può essere espresso in giorni (valore medio dei beni a magazzino diviso per valore dei beni consumati moltiplicato per 365) oppure in settimane (lo stesso indicatore moltiplicato per 52) (Chase *et al.*, 2004).

La qualità del servizio

La qualità del servizio logistico può assu-

mere diverse accezioni, di seguito si segnalano quelle ritenute principali:

- capacità di risposta;
- velocità e affidabilità dei tempi di risposta;
- frequenza delle forniture a reparto;
- distribuzione dei carichi di lavoro;
- accuratezza e tempestività dell'informazione (per politiche di governo clinico e controllo logistico);
- livello di tracciabilità dei beni;
- corrispondenza tra ordinato e consegnato ai reparti.

La sicurezza

La dimensione della sicurezza assume un'importanza notevole nel processo logistico, dal momento che un errore, soprattutto nel caso in cui ci si riferisce a beni sanitari, può determinare gravi conseguenze per la salute del paziente. Nel caso della gestione del farmaco, diversi studi internazionali sottolineano che la probabilità di commettere errori nelle fasi di gestione del farmaco (prescrizione, trascrizione prescrizione, consegna, somministrazione) oscilla da un minimo di 14% (Tissot *et al.*, 2003) sino a un massimo di 43% (Lisby *et al.*, 2005).

3. Domanda di ricerca e metodologia

Dopo avere individuato le principali dimensioni di performance della logistica dei beni, l'obiettivo del lavoro è quello di presentare una metodologia per la misurazione della performance logistica e di illustrare i risultati dell'applicazione di tale metodologia in due differenti realtà aziendali, caratterizzate da sistemi profondamente differenti.

Oggetto specifico della ricerca è la logistica del farmaco. Nel primo caso studio, l'azienda (Azienda A) si caratterizza per un modello altamente innovativo (somministrazione del farmaco in dose unitaria, completa tracciabilità dei flussi, prescrizione informatizzata) e per la scelta di affidare i trasporti a un operatore esterno. Il secondo caso invece (Azienda B) è un'azienda con un sistema tradizionale di gestione del farmaco, con bassi livelli di informatizzazione e automazione e gestito interamente all'interno dell'azienda.

Box 1

Le caratteristiche dei casi studio

Caratteristiche aziende	Azienda A	Azienda B
Tipologia di organizzazione Posti-letto	Presidio ospedaliero Asl 564	Presidio ospedaliero Asl 461
SISTEMA LOGISTICO		
Configurazione del servizio	Sistema accentrato Esternalizzazione di tutti i trasporti	Sistema decentrato Parziale esternalizzazione delle attività di gestione dei magazzini
Modello operativo	Terapia personalizzata Sistema di anelli con copertura della terapia farmaceutica pari a 24 h Ruolo centrale del farmacista nella preparazione della terapia personalizzata Consegne giornaliere da magazzino e reparto	Gestione tradizionale Consegne a reparto due volte alla settimana Gestione manuale e su carta delle varie operazioni Ruolo centrale dell'infermiere nella gestione delle scorte a reparto e nella preparazione della terapia
ICT	Metodica dose unitaria Prescrizione informatizzata - CPOE (Computer Physician Order Entry System) Codice a barre Software specifico per la gestione dei magazzini	Sistema tradizionale Non esiste un <i>software ad hoc</i> per la gestione dei magazzini Il <i>software</i> a disposizione è quello aziendale che prevede un modulo per registrare i beni ricevuti dai fornitori e per la gestione degli ordini da reparto
Lay-out ed organizzazione degli spazi	Magazzino farmaci separato, dedicato allo stoccaggio delle confezioni originali per l'ospedale e l'assistenza territoriale (1.10 mq). Spazio <i>ad hoc</i> adiacente al magazzino dei farmaci dedicato interamente alla produzione della dose unitaria (232 mq)	Due magazzini adiacenti per la gestione dei beni sanitarie e non. In totale 1.273 mq (uno da mq 476 e uno da mq 797), dove vengono stoccati i farmaci sia per l'ospedale sia per l'assistenza territoriale

Le due aziende, al di là delle differenze logistiche, presentano profili simili in termini di dimensione, volumi di attività e tipologia di *case-mix* e si prestano bene per questi aspetti a una analisi di *benchmarking* sul tema della performance logistica. Il **box 1** riporta in sintesi le principali caratteristiche delle due aziende.

Per misurare la performance dei due sistemi logistici rispetto alle quattro dimensioni sopra riportate si è seguito un protocollo di ricerca articolato su cinque distinte fasi, qui di seguito descritte.

3.1. Mappatura processo logistica del farmaco

In prima battuta, attraverso una serie di interviste semi strutturate² a diverse figure professionali (farmacisti, infermieri, medici, ingegneri clinici, responsabili area acquisti e logistica, direzione sanitaria e infermieristica, sistemi informativi e controllo di gestione), si sono ricostruite le varie attività che

caratterizzano l'intero processo di gestione del farmaco nelle due aziende. Lo strumento utilizzato è quello della *flow-chart* (diagramma di flusso) che rappresenta il processo incrociando attività (sulle righe) e attori (sulle colonne).

In questa prima fase, attraverso la mappatura del processo e le interviste semi-strutturate, è stato possibile mettere in luce gli standard di qualità offerti dai due sistemi logistici.

3.2. Valorizzazione dei *driver* di costo

La mappatura del processo ha permesso di individuare i *driver* di costo che caratterizzano le varie fasi del processo logistico. Per la valorizzazione di questi *driver* si è proceduto in modo distinto. Nel caso delle risorse uomo, si è utilizzata una metodologia *activity-based-costing* attraverso una misurazione puntuale del tempo uomo (espresso in ore) dedicato da ciascuna professionalità nelle varie attività di gestione del farmaco.³

Nel caso delle tecnologie si è fatto riferimento esclusivamente alle tecnologie specificamente dedicate alla logistica del farmaco e, per la valorizzazione, è stata utilizzata la quota di ammortamento. Infine, per il calcolo del costo dei servizi esternalizzati, a partire dall'analisi dei contratti di servizio, è stata estrapolata la parte specifica relativa al processo di logistica del farmaco.

È importante segnalare che nello studio non è stato possibile includere due *driver* di costo: lo spazio occupato e il valore dei farmaci scaduti. La motivazione di tale esclusione è da attribuire alla difficoltà di reperire affidabili informazioni riguardanti queste dimensioni di analisi. Per quanto riguarda lo spazio occupato l'azienda B, in particolare, avendo un unico magazzino di stoccaggio per i farmaci di utilizzo ospedaliero e territoriale, non è stata in grado di fornire un'indicazione puntuale capace di separare le due componenti. Per la valorizzazione dei farmaci scaduti, invece, in entrambe le aziende non era disponibile l'informazione necessaria a quantificare questo *driver* di costo. La valorizzazione degli spazi e dei farmaci scaduti rappresenta pertanto un limite dello studio e merita ulteriori approfondimenti nel confronto tra sistemi logistici.

3.3. Analisi di impatto sulla sicurezza

Nonostante la letteratura concorda nel considerare la sicurezza una dimensione di performance rilevante della logistica ospedaliera, davvero pochi studi hanno cercato di capire l'impatto di tale dimensione nelle diverse scelte logistiche. In particolare si evidenziano i contributi di Taxis *et al.* (1999) e di Fontan *et al.* (2003). Lo studio di Taxis confronta il rischio di commettere un errore nella somministrazione del farmaco in tre diverse strutture ospedaliere caratterizzate da tre diverse modalità logistiche nella gestione del farmaco. Lo studio evidenzia come l'adozione della distribuzione dei farmaci in dose unitaria abbia portato significativi benefici in termini di sicurezza riportando un tasso di errore molto contenuto corrispondente al 2,4%,⁴ rispetto ai tassi di errore registrati negli altri due sistemi di distribuzione del farmaco: 5,1% nel modello tradizionale e 8,1% nel sistema con farmacia a reparto.

Fontane *et al.* hanno analizzato la frequenza di errore di somministrazione e prescrizione in due ospedali, uno caratterizzato da un sistema di distribuzione per dose unitaria e dalla prescrizione informatizzata e l'altro da un sistema tradizionale.

La metodologia adottata dallo studio di Fontan si è basata sul confronto all'interno della stessa unità organizzativa del tasso di errore di somministrazione e di prescrizione. Per determinare il tasso di errore sono state confrontate le indicazioni presenti sulla prescrizione con il rapporto di somministrazione (definito MAR, *Medication Administration Report*), compilato in forma cartacea o elettronica una volta somministrato il farmaco.

In tale studio emerge per il sistema con dose unitaria una frequenza di errori nella prescrizione pari al 10,6%, mentre per il sistema tradizionale dell'87,9%. La frequenza relativa agli errori di somministrazione si è rivelata pari al 22,5% per il sistema con dose unitaria e pari al 32,1% nel sistema tradizionale.

Il presente studio confronta il livello di percezione di rischio di errore esistente tra il personale delle due aziende A e B, associato ai due sistemi logistici adottati. A tal proposito è stata utilizzata la metodologia FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*) che consta di quattro fasi distinte:

- 1) scomposizione del processo in attività;
- 2) identificazione, per ogni attività, dei possibili Modi di errore (ME);
- 3) raccolta delle percezioni dei professionisti coinvolti nel processo relativamente alla (i) probabilità di accadimento di ogni ME, (ii) alla capacità del sistema di rilevare l'errore e (iii) alla gravità delle conseguenze dell'errore per il paziente;⁵
- 4) calcolo del livello di rischio complessivo del processo ottenuto moltiplicando i valori dei tre indici sopra indicati. Le percezioni sulle tre componenti viene tradotta con un valore compreso in una scala da 1 a 10, dove 1 assume l'accezione più positiva e 10 la più negativa.

3.4. Analisi benefici economico finanziari

I dati routinariamente raccolti ed elaborati dal Controllo di gestione consentono di analizzare l'impatto economico finanziario di

differenti scelte logistiche. Infatti, come già messo in evidenza nel § 2, un buon sistema logistico deve essere in grado di ottimizzare i flussi dei beni in modo tale da minimizzare il valore dello *stock*.

Lo studio, in particolare, si è soffermato sui benefici economici emersi dall'analisi dei *trend* del valore delle scorte a reparto e a magazzino.

3.5. Analisi impatto esternalizzazione trasporti interni

Come messo in evidenza anche da altri studi (Grando, 2002; Villa *et al.*, 2009) per diversi motivi il processo della logistica bene si presta a progetti di esternalizzazione e di *partnership* con imprese esterne. Nel tentativo di capire maggiormente gli effetti di queste esternalizzazioni, lo studio analizza l'impatto sui costi della scelta, compiuta dall'azienda A, di esternalizzare a una impresa le attività di trasporto all'interno della struttura ospedaliera di tutti i beni: farmaci, dispositivi medici, materiale sanitario e beni economici.

Per calcolare il risparmio di costo legato alla esternalizzazione dei trasporti, sono state calcolate le ore-uomo impiegate nel trasporto dei beni nei due scenari: (i) gestione *in-house* e (ii) gestione esternalizzata.

4. I risultati

In questo paragrafo sono presentati i risultati dell'analisi comparativa dei due casi studio rispetto ai costi della logistica del farmaco nelle due aziende indagate.

Nella **tabella 1** sono elencati i costi diretti relativi ai due sistemi logistici. In particolare si evidenzia come i costi relativi alle tecnologie siano del tutto assenti nell'azienda B, che riporta invece costi superiori relativi alle risorse-uomo impiegate nella gestione del farmaco.

Riallocando i costi dei due sistemi logistici rispetto alle 4 fasi (ricezione bene e operazioni di magazzino, richiesta da reparto, trasporto e gestione del farmaco a reparto) si evidenzia come per l'azienda A le fasi che assorbono più risorse siano quelle caratterizzate dall'impiego delle tecnologie, ovvero le fasi che si svolgono in farmacia dove vengono preparate le terapie personalizzate. Nel si-

stema logistico dell'azienda B, invece, le fasi che assorbono più risorse sono quelle che si svolgono a reparto, dove il principale *driver* di costo è rappresentato dal tempo del personale infermieristico, direttamente coinvolto nella gestione delle scorte e nella preparazione delle terapie per i pazienti (**tabella 2**).

Per la determinazione dei costi del personale sono state coinvolte le seguenti figure professionali: gli operatori tecnici, per le fasi di stoccaggio del farmaco e per il trasporto; i farmacisti, per la preparazione della dose unitaria (azienda A) e per la gestione del magazzino (azienda B); i medici, per il tempo dedicato durante la prescrizione e, infine, gli infermieri, coinvolti nella distribuzione delle terapie personalizzate (azienda A) e nella preparazione delle terapie e gestione delle scorte di magazzino di reparto (azienda B). I tempi considerati nello studio sono descritti nella **tabella 3**.

Per consentire una comparazione diretta del costo pieno di gestione dei due sistemi logistici, è stata utilizzata la giornata di degenza per esprimere il volume di attività erogato. Sebbene il valore che assume tale indicatore sia influenzato oltre che dal *mix* di attività (controllato nella selezione dei due casi studio), anche dall'efficienza organizzativa non strettamente correlata al sistema logistico, la giornata di degenza resta il parametro di misurazione del volume di attività che meglio spiega il consumo di risorse ospedaliere. Pertanto, nell'interpretazione dei dati di costo pieno per giornata è opportuno tenere in considerazione tali limiti.

In primo luogo, l'azienda A, caratterizzata da significativi investimenti tecnologici, mostra un costo complessivo per giornata di degenza inferiore (22,4 contro 27,8 euro). Si può, quindi, dire che il costo dell'investimento tecnologico viene più che compensato dalla ottimizzazione dei flussi e dal conseguente risparmio di tempo-uomo. Come precedentemente descritto, si sottolinea che nel calcolo del costo per giornata di degenza sono stati considerati i *driver* organizzativi inerenti al sistema logistico del personale, della tecnologia e, per l'azienda A, anche dei servizi di trasporto interno esternalizzati.

Nel compiere queste valutazioni è però importante non trascurare alcuni aspetti. Passare dal sistema logistico B al sistema logistico A non garantisce *tout court* un rispar-

	Azienda A			Azienda B		
	Ore uomo giorno	Ore annue per posto-letto	Costo annuo	Ore uomo giorno	Ore annue per posto-letto	Costo annuo
Risorse Uomo						
Operatori tecnici	30	29	206.333	6	4	29.902
Farmacisti	14	13	248.447	14	10	209.386
Assistente di farmacia	7	7	28.000	//	//	//
Tecnico riparatore/tecnico biomedico	0,4	0,4	2.116	6	4	40.091
Medici	38	37	884.396	57	42	1.305.163
Infermieri	17	16	695.151	45	34	1.810.867
Coadiutore amministrativo	//			7	5	26.268
Commesso				6	4	40.091
Totale Risorse Uomo	106	102	2.064.443	140	104	3.461.768
Tecnologie						
Attrezzature			167.636			
Hardware			2.052			
Materiali di consumo			119.345			
Portatili			5.800			
Software gestionale per la logistica			17.000			
Palmari per la prescrizione elettronica			15.750			
Totale Tecnologie			327.583			
Servizi esternalizzati						
Manutenzione			60.000			
Trasporti			24.221			
Totale Servizi esternalizzati			84.221			
		Azienda A		Azienda B		
Costi per Giornata di degenza		22,40		27,8		
risorse uomo		18,68		27,8		
tecnologie		2,96		//		
servizi esternalizzati		0,76		//		

mio economico di 1.400.000 euro (il valore delle ore-uomo risparmiate nel sistema A). Infatti, il costo della forza lavoro è un costo fisso che, e questo è particolarmente vero nel caso delle amministrazioni pubbliche, non può essere compresso nel breve periodo. Nel breve, passare dal sistema logistico B al sistema logistico A determina un aumento dell'esposizione finanziaria e dei costi (circa 328 mila euro di quote di ammortamento all'anno) dovuti agli investimenti tecnologici. Va, però, altresì detto che liberare tempo

infermieristico (il sistema A garantisce un risparmio di tempo infermieristico di circa il 50%) ha invece un impatto notevole sulla qualità dell'assistenza. Diversi studi riportano ormai da tempo quanto l'aumento del rapporto infermieri-paziente si traduce in un miglioramento degli indicatori di *outcome* (tassi di mortalità, eventi sentinella, ecc.)⁶ e in una maggiore soddisfazione da parte dei pazienti.

A prescindere dai differenti livelli di investimento tecnologico, il confronto dei costi

Tabella 1
I costi diretti della logistica: due sistemi a confronto

Tabella 2

I costi nelle due aziende suddivisi per fase

Incidenza dei costi per fasi del sistema logistico		
	Azienda A	Azienda B
1) Ricezione bene e operazioni a magazzino	34%	9%
2) Richiesta da reparto	37%	38%
3) Trasporto	1%	1%
4) Gestione del farmaco a reparto	29%	52%
Totale	100%	100%

Tabella 3

Differenze Azienda A e Azienda B utilizzo risorse umane nel processo di logistica del farmaco

Professionalità	Azienda A	Azienda B
Operatori tecnici	6 operatori a tempo pieno e 1 <i>part-time</i> interamente dedicati alla gestione del magazzino di farmacia.	1 solo operatore tecnico dedicato alla gestione del magazzino di farmacia.
Farmacisti	3 farmacisti interamente dedicati alla produzione della dose unitaria.	2 farmacisti dedicati alla gestione del magazzino di farmacia.
Medici	3 ore tempo medico per area di degenza con circa 30 posti-letto.	3,5 ore tempo medico per area di degenza con circa 30 posti-letto.
Infermieri	2,25 ore al giorno di tempo infermieristico per 10 pazienti. (- 52% rispetto azienda B) Circa 6 ore per reparto di 30 posti-letto. Il tempo riguarda le operazioni di somministrazione della terapia personalizzata e di gestione delle scorte di reparto.	5 ore al giorno di tempo infermieristico per 11 pazienti. 11,5 ore per reparto di 30 posti-letto. Il tempo riguarda le operazioni di somministrazione della terapia e di gestione delle scorte di reparto.

tra le due aziende offre un altro interessante elemento di riflessione. Le due aziende si caratterizzano infatti per differenti scelte rispetto al modello organizzativo adottato.

Come bene si evince dalla distribuzione dei costi tra le varie fasi del processo logistico (cfr. tabella 2), nel caso dell'azienda A la gran parte delle operazioni logistiche vengono effettuate presso il magazzino centrale della farmacia dove viene prodotta la dose unitaria e creati gli anelli di terapia consegnati giornalmente a reparto. Nel caso dell'azienda B, per contro, il *core* delle attività logistiche si concentra a reparto dove, di fatto, agli infermieri spetta: (i) la gestione delle scorte a magazzino; (ii) la composizione quotidiana del carrello delle terapie e (iii) la somministrazione del farmaco al paziente.

A prescindere dal diverso investimento tecnologico (di cui sopra), i due diversi mo-

delli organizzativi nascondono due logiche gestionali profondamente differenti. Nel caso dell'azienda A si tende a concentrare la logistica presso la farmacia centrale liberando così risorse infermieristiche ma gravando, dall'altro lato, sul personale di farmacia. Nel caso dell'azienda B, invece, il sistema è fortemente decentrato con un ruolo rilevante giocato dagli infermieri. Tale scelta di decentramento della logistica può essere fatta anche in sistemi ad alta tecnologia e informatizzazione, ad esempio il modello logistico basato sugli armadi intelligenti di reparto⁷ è un sistema decentrato in cui risulta ancora preponderante il ruolo dell'infermiere cui spetta la responsabilità di gestire l'armadio e di realizzare, per ogni paziente, la corrispondente terapia personalizzata.

Difficile dire se il modello di gestione del farmaco accentrato sia da preferire al mo-

dello di gestione del farmaco decentrato o viceversa. Al momento, infatti, gli studi in letteratura sono pochi. In questa sede sembra però opportuno evidenziare quali siano le variabili che dovrebbero guidare questo tipo di scelte, in particolare:

i) il ruolo che si intende attribuire al personale infermieristico. Un modello accentrato di gestione del farmaco permette al personale infermieristico di concentrarsi maggiormente sulle attività di tipo assistenziale in quanto sgravato da una serie di compiti di natura più logistica. Viceversa, in questo tipo di modelli l'onere grava maggiormente sul personale infermieristico;

ii) *case-mix* e tipologia di reparto. Alcuni studi di letteratura (Rivard, Landry, 2002) sostengono che in certi reparti caratterizzati da elevati livelli di variabilità (si pensi all'area intensiva) e con particolari tipologie di pazienti (ad esempio, pazienti oncologici e bambini) il modello decentrato sia preferibile, in quanto riduce la distanza tra preparazione della terapia farmacologica e relativa somministrazione;

iii) livello di coordinamento tra farmacia centrale e reparti. Un modello logistico accentrato funziona correttamente se esistono

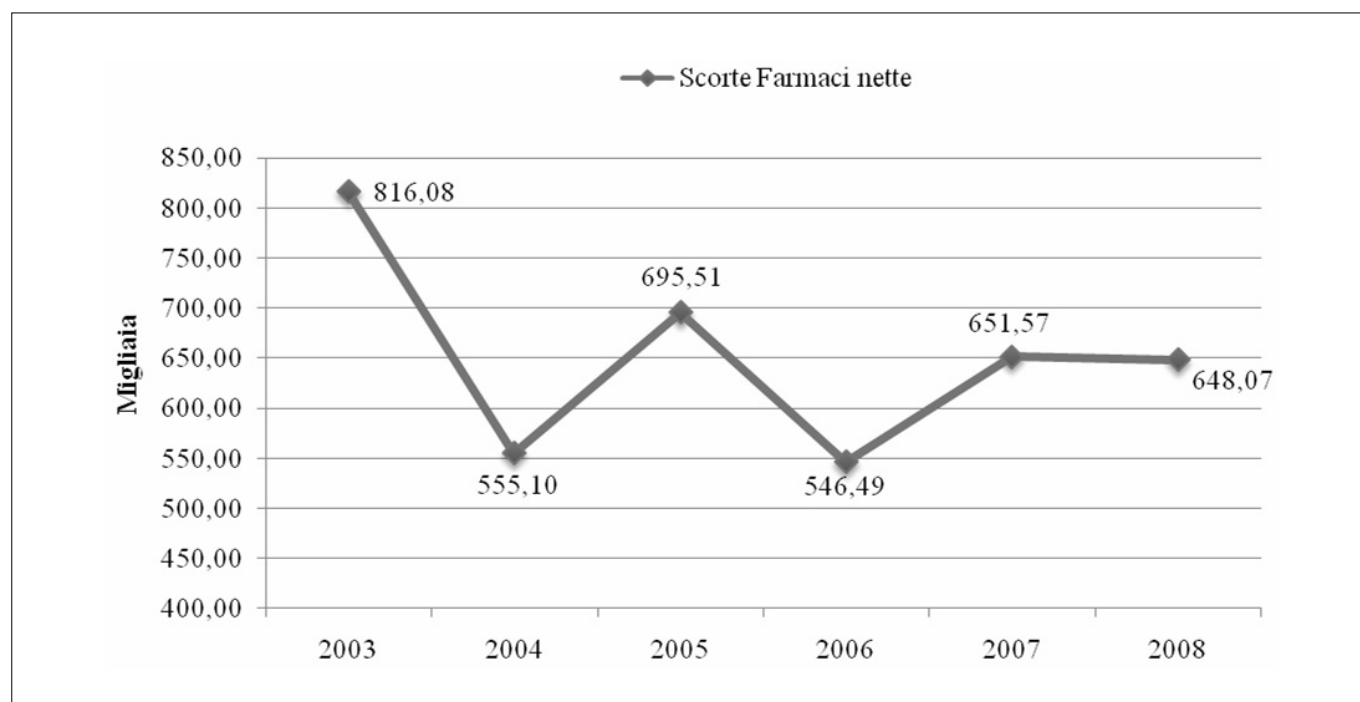
buoni meccanismi di coordinamento tra magazzino centrale e reparto. Questo è sicuramente vero nel caso dell'azienda A dove l'informatizzazione e l'esternalizzazione dei trasporti permettono elevati livelli di flessibilità di risposta.

4.1. Benefici economico-finanziari

Come evidenziato nel § 1, un sistema logistico è ben progettato nel momento in cui garantisce una ottimizzazione delle scorte tenute al magazzino centrale e a reparto. In questa sede ci preme sottolineare come le innovazioni implementate nell'azienda A (cfr. box 1) abbiano permesso importanti risparmi economico finanziari legati alla riduzione del valore delle scorte dei farmaci presso il magazzino centrale (- 21%) e a reparto (- 39%). I *trend* storici sono rappresentati, rispettivamente, nelle **figure 2 e 3**. L'andamento anomalo del 2005 è da attribuire al cambiamento avvenuto proprio a partire da quell'anno con l'attivazione del nuovo ospedale e l'introduzione delle varie innovazioni logistiche.

Come si osserva dalle figure 2 e 3, l'andamento delle scorte di magazzino non segue lo stesso andamento delle scorte a reparto. In particolare, dal 2007, il valore delle scor-

Figura 2
Azienda A: Andamento
valore scorte magazzino,
anni 2003-2008



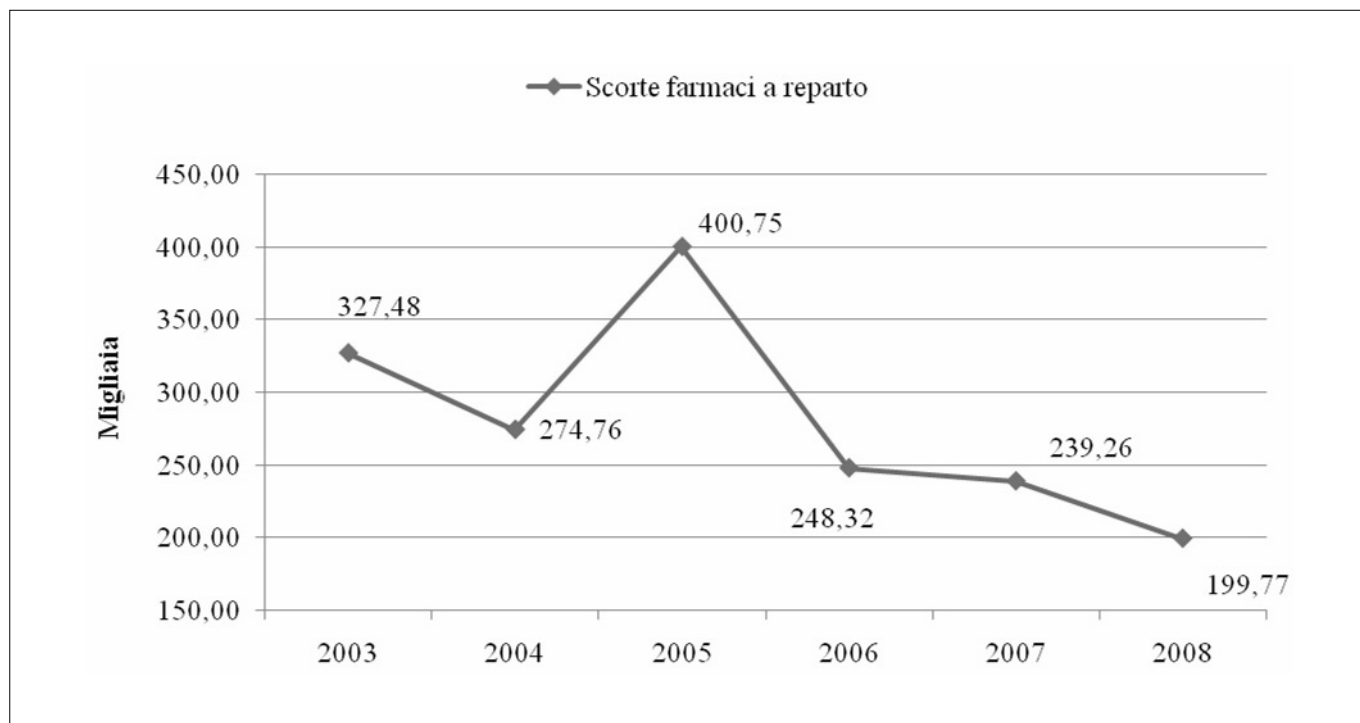


Figura 3

Azienda A: andamento valore scorte a reparto, anni 2003-2008

te a reparto diminuisce a fronte di un incremento del valore delle scorte in magazzino. Tale andamento è causato dalla progressiva diminuzione delle scorte a reparto, prevista dal modello dose unitaria. Come descritto in precedenza, nel modello «dose unitaria» ogni piano rimane dotato di scorte di farmaci di piccole dimensioni (copertura di somministrazione pari a 3 giorni), finalizzate alle urgenze o ai pazienti che vengono ricoverati dopo la preparazione e la consegna delle terapie personalizzate. La progressiva diminuzione della dimensione delle scorte di farmaci a reparto è quindi determinata dal consolidamento del modello dose unitaria, che ha permesso di ridurre la quantità di farmaci ordinata dal personale infermieristico. È stato osservato inoltre come la riduzione della disponibilità di farmaci a reparto sia stata gradualmente gestita dal personale infermieristico, che inizialmente, anche con la consegna della terapia personalizzata, continuava a mantenere scorte di farmaci a reparto superiori a quelle previste.

4.2. Qualità e standard di servizio

Seppure risulti difficile confrontare la

qualità e gli standard di servizio di due sistemi logistici così profondamente diversi, è però possibile compiere alcune riflessioni di carattere generale.

Innanzitutto, come già abbondantemente sottolineato, l'azienda sanitaria A è caratterizzata da elevati livelli di innovazione tecnologica. In questa prospettiva il sistema logistico dell'azienda in esame presenta degli indubbi vantaggi in termini di controllo degli errori, ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse umane. Inoltre, da un punto di vista clinico e assistenziale, la potente base dati consente di effettuare efficaci politiche di governo clinico e di governo dell'appropriatezza.

Va altresì sottolineato che, per potere godere appieno dei vantaggi, è importante saper governare l'innovazione tecnologica presidiando alcuni aspetti chiave, quali:

- la formazione continua «on the job»;
- l'aggiornamento e la manutenzione delle tecnologie e dei sistemi informativi;
- l'attivazione di ruoli con responsabilità di coordinamento e di controllo dell'intero processo;⁸
- il rispetto delle procedure.⁹

4.3. Sicurezza

Come spiegato nella parte di presentazione della metodologia, l'impatto sulla sicurezza dei due sistemi logistici è stato misurato utilizzando la metodologia FMEA. Il valore massimo che può essere assunto dall'indice FMEA è 1000 (ovvero $10 \times 10 \times 10$): i valori calcolati per le due aziende non sono interpretabili come tasso di errore complessivo del processo di gestione del farmaco, ma come percezione da parte degli operatori coinvolti nelle fasi di gestione del farmaco sul rischio di verificarsi di un errore.

Rispetto ai risultati dell'analisi FMEA due aspetti meritano di essere presi in considerazione. L'indice di rischio è risultato superiore nell'azienda A rispetto all'azienda B (tabella 4), segnalando una situazione inaspettata in un primo momento.

In realtà questo risultato è del tutto coerente con quello di altri studi presenti in letteratura che dimostrano come, nei sistemi più maturi, in cui esiste una maggiore sensibilità e cultura del dato esiste una più diffusa percezione della probabilità di commettere errori.

Questa evenienza si conferma se si analizza l'andamento dell'indice FMEA rispetto alle tre dimensioni: (i) probabilità; (ii) rilevabilità e (iii) gravità. L'indice di gravità risulta essere molto più elevato nel caso dell'azienda A rispetto all'azienda B. In teoria, a differenza delle altre due dimensioni della metodologia FMEA, il giudizio sulla gravità delle conseguenze dei diversi modi di errore dovrebbe essere uniforme a prescindere dalle caratteristiche del sistema logistico adottato. In altri termini la valutazione delle conseguenze dell'errata somministrazione del farmaco dovrebbe assumere pari valore nelle due aziende. Il diverso dato espresso sulla gravità può essere quindi interpretato come segno di una maggior consapevolezza dell'azienda A nel riconoscere i rischi di un errore sulla salute del paziente.

Al di là della valutazione sui valori assoluti assunti dai vari indici, si possono compiere alcune interessanti riflessioni sui modi di errore giudicati più probabili nei due contesti aziendali. Nel caso dell'azienda A i modi di errore giudicati più probabili sono: (i) sovra-dosaggio e sotto-dosaggio (ii) interazioni negative o reazioni allergiche; (iii)

errori nella preparazione del carrello ed (iv) errori di monitoraggio del paziente a seguito della somministrazione. Gli errori di monitoraggio successivamente alla somministrazione si riferiscono al controllo del paziente da parte del personale infermieristico, che una volta somministrato il farmaco, dovrebbe recarsi dal paziente per monitorare la reazione dello stesso. Ad esempio, se a seguito della somministrazione di un farmaco si prevede che l'infermiere controlli la variazione dei parametri vitali del paziente o la possibilità che sviluppi reazioni allergiche e questa procedura non viene eseguita, tale omissione è intesa come errore di monitoraggio del paziente a seguito della somministrazione del farmaco.

La situazione non sembra, quindi, particolarmente allarmante e sicuramente suscettibile di miglioramento. Infatti, i primi due modi di errore possono essere affinati attraverso un potenziamento e aggiornamento dei sistemi informativi mentre eventuali errori nella preparazione del carrello verrebbero intercettati nel momento in cui l'infermiere effettua, al letto del paziente, il controllo incrociato paziente-terapia.

Nel caso dell'azienda B invece le modalità di errore indicate come più probabili sono: (i) errata trascrizione della prescrizione; (ii) errori nella preparazione del carrello e (iii) errori nella gestione delle scorte a reparto. In questo caso ci sono due modi di errore che non esistono nel caso dell'azienda A dove la presenza della prescrizione informatizzata ha eliminato di fatto la fattispecie dell'errata trascrizione della terapia mentre, con l'introduzione della metodica della dose unitaria, è stato di fatto eliminato il problema della gestione delle scorte. Infine, a differenza del caso dell'azienda A, dove esiste il controllo incrociato al letto del paziente, nel caso dell'azienda B, eventuali errori nella preparazione del carrello possono avere conseguenze dirette sulla salute del paziente.

Tabella 4
I risultati dell'indice FMEA

	Azienda A	Azienda B
Probabilità (a)	2,41	2,12
Rilevabilità (b)	2,39	2,02
Gravità (c)	5,18	2,16
Indice FMEA = (a) x (b) x (c)	29,93	9,26

4.4. L'impatto dell'esternalizzazione dei trasporti

Nel caso dell'azienda A è stato analizzato anche l'impatto, in termini di costi e benefici, della esternalizzazione dei trasporti. In particolare, l'organizzazione con i trasporti esternalizzati è stata confrontata con la precedente organizzazione gestita internamente rispetto a una serie di dimensioni:

- copertura oraria giornaliera;
- frequenza settimanale (sia feriale sia festiva);
- durata STD del singolo servizio;
- risorse assegnate al singolo servizio;
- attrezzature utilizzate per ogni singolo servizio;
- costi.

Come si evince dalla **tabella 5**, l'esternalizzazione dei trasporti ha consentito importanti risultati di ottimizzazione dei tempi dedicati al trasporto dei beni. Tali risparmi di tempo, a fronte di uguali standard di servizio, rappresentano per l'azienda A un beneficio netto in termini di risparmi finanziari.

Il risparmio di tempo (– 64%) si concretizza in un risparmio economico pari al 59% per un importo equivalente a circa 750.000 euro.¹⁰

Al di là del risparmio economico legato sostanzialmente a una ottimizzazione dei tempi e a una eliminazione delle attività senza valore aggiunto, la scelta della esternalizzazione ha permesso di realizzare importanti vantaggi organizzativi, quali:

- aumento dei livelli di standardizzazione del servizio;

– miglioramento del controllo aziendale sulla qualità del servizio;

– ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse interne che, grazie al progetto di esternalizzazione, possono ora dedicarsi ad attività a maggiore valore aggiunto;

– maggiore rispetto delle regole: i reparti ora, per ricevere il servizio, sono tenuti a rispettare determinate regole operative; questo comporta, rispetto al modello passato, maggiore responsabilizzazione e attenzione.

5. Conclusioni

In un contesto in cui aziende sanitarie, soggetti sovra-aziendali (vedi aree vaste) e Regioni hanno iniziato a capire che la logistica ospedaliera rappresenta un'importante leva per ottenere risparmi economico-finanziari e per migliorare la qualità e la sicurezza dei processi di cura, il presente contributo si pone un duplice obiettivo:

1) presentare una metodologia per l'analisi dell'impatto, in termini di costi e benefici dell'innovazione della logistica e

2) utilizzare tale metodologia per mettere a confronto due realtà logistiche completamente differenti: un modello di gestione tradizionale e un modello caratterizzato da elevati livelli di automazione e informatizzazione.

Per quanto riguarda il primo punto, gli autori, dopo aver illustrato le principali dimensioni di performance della logistica, presentano una dettagliata metodologia di analisi.

Per valorizzare le diverse dimensioni di performance della logistica è necessario utilizzare più dati e più strumenti di analisi (si

Tabella 5
Ore settimanali dedicate al trasporto

Servizio	OSS	Carrellisti	Totale ore personale interno	Totale ore personale terziarizzato
Biologico e posta	318	//	318	114
Sterilizzazione	30	//	30	39
Materassi	40	126	166	42
Rifiuti	315	126	441	70
Pasti	242	126	368	203
Beni farmaceutici (no monodose)	//	108	108	48
Totali	945	486	1431	516

pensi, ad esempio, alla mappatura dei processi oppure alla metodologia FMEA per l'analisi dei rischi). A parere degli autori è però indispensabile, per le aziende sanitarie, avere un quadro completo del profilo dei costi e benefici prima di cimentarsi in qualsivoglia progetto di innovazione logistica.

L'applicazione di tale metodologia di analisi a due casi, caratterizzati da modelli logistici completamente differenti, offre alcuni interessanti spunti di riflessione.

Innanzitutto, appare evidente che la logistica del futuro non potrà prescindere da importanti investimenti tecnologici. Lo studio, infatti, mostra che l'innovazione tecnologica (dicasi prescrizione informatizzata, metodica della dose unitaria, palmari, utilizzo del *barcode*) applicata al caso della logistica consente significativi miglioramenti in termini qualità, sicurezza, efficienza (espressa in termini di costo logistico per giornata di degenza) e ottimizzazione delle risorse-uomo. Rispetto a quest'ultimo punto, si pensi che il modello dell'azienda A (con elevati livelli di innovazione tecnologica) consente un risparmio di tempo (dedicato ad attività logistiche) di circa il 50% per il personale infermieristico e del 15% nel caso del personale medico.

Va però altresì detto che, nel breve e da un punto di vista economico-finanziario, l'innovazione tecnologica assume necessariamente un'accezione negativa legata all'esborso finanziario e all'aumento immediato dei costi (espresso da un aumento delle quote di ammortamento). A tal riguardo, sembra però di poter dire che orientamenti miopi di breve termine non debbano mettere in secondo piano gli importanti risvolti positivi dell'innovazione tecnologica della logistica.

Da ultimo, a prescindere dai livelli di innovazione tecnologica, l'analisi dei due casi studio offre anche interessanti spunti sulla tipologia dei modelli organizzativi a supporto della logistica.

Ad esempio, mentre l'azienda A opta per un modello logistico accentrato (in cui il *core* delle attività logistiche viene effettuato nella farmacia centrale), l'azienda B si caratterizza per un modello logistico decentrato (molte delle attività di tipo logistico vengono effettuate a reparto). Come sottolineato nel corso del presente contributo, non si può dire che esista una soluzione migliore a priori; diversi elementi entrano infatti in gioco: (i)

il ruolo che si vuole attribuire a infermieri e farmacisti; (ii) la tipologia di reparto preso in considerazione; (iii) i sistemi di coordinamento tra magazzino centrale e reparti.

Da ultimo l'azienda A si caratterizza per un positivo rapporto di *partnership* con un'azienda esterna cui sono state appaltate tutte le attività di trasporto. Come sottolineato anche da altri autori, sono diverse le attività del complessivo ciclo della logistica che le aziende sanitarie potrebbero delegare ad altri. Preme, però, in questa sede sottolineare che l'eventuale scelta di esternalizzazione deve essere l'esito di un processo di maturazione aziendale sui temi della logistica. Scelte di esternalizzazione fatte senza una reale conoscenza del proprio sistema logistico, compiute col solo obiettivo di passare ad altri la «patata bollente» sono, infatti, inesorabilmente destinate al fallimento.

6. Appendici

Appendice 1 - Modi di errore nel processo di gestione del farmaco (ME)

Prescrizione

- ME1 Errata trascrizione della prescrizione
- ME2 Errata interpretazione degli ordini
- ME3 Sovradosaggio o sottodosaggio
- ME4 Interazioni negative o reazioni allergiche

Operazioni in farmacia

- ME5 Errore di coordinamento medico e farmacista
- ME6 Errato prelievo dei farmaci dal magazzino
- ME7 Errori nella serializzazione dei farmaci
- ME8 Errore nello spacchettamento del farmaco (*manuale*)
- ME9 Errore nello spacchettamento del farmaco (*automatizzato*)
- ME10 Errore nel confezionamento dell'anello
- ME11 Errori nel confezionamento del carrello

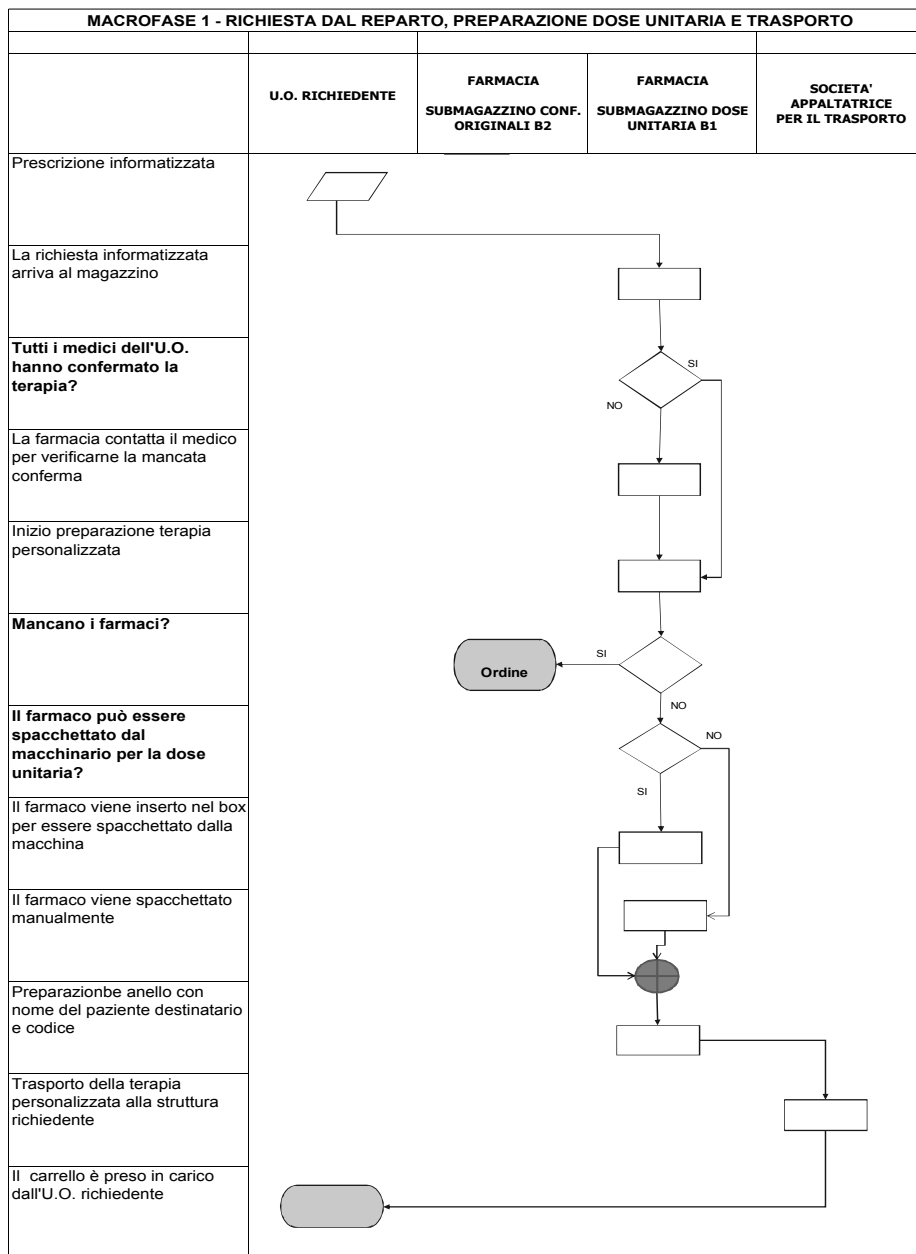
Somministrazione terapia

- ME12 Errata preparazione della terapia
- ME13 Errata identificazione del paziente
- ME14 Errata forma di somministrazione

- | | |
|---|---|
| ME15 Errata frequenza di somministrazione | <i>Gestione delle scorte di reparto</i> |
| ME16 Errato momento | |
| ME17 Somministrazione non autorizzata | ME21 Mancato controllo dello stato di conservazione del farmaco |
| ME18 Extra dose | ME22 Errori nella gestione delle scorte del reparto (ritardi nelle consegne, mancanza farmaci a scorta ...) |
| ME19 Omissione di somministrazione | |
| ME20 Errori di monitoraggio del paziente a seguito della somministrazione | |

Appendice 2 - Esempio di mappatura di gestione del farmaco azienda A

Mappatura processo di gestione del farmaco azienda A



Note

1. Per una disamina più esaustiva degli elementi di progettazione di un sistema logistico si rimanda allo studio di Bensa, Giusepi, Villa (2009).
2. L'intervista strutturata avviene quando l'intervistatore propone specifiche domande, definite preventivamente e somministrate in modo uguale a più persone. L'intervista libera avviene quando la persona è semplicemente stimolata a rispondere a una serie di domande, che possono variare da intervista a intervista e che vengono formulate in relazione all'andamento dell'intervista stessa (Fattore, 2005). Le interviste svolte per la seguente ricerca sono definite semistrutturate in quanto partendo da un *set* di domande comuni si è aggiunta una parte libera di commento in relazione ai risultati della prima parte di intervista e alle caratteristiche della persona intervistata.
3. È stato realizzato nella sostanza uno studio osservazionale. Nello specifico, una ricercatrice con il supporto di uno studente hanno passato, in entrambe le strutture analizzate, una settimana per misurare il tempo speso dai vari attori nelle diverse attività di gestione del farmaco a partire dalle operazioni di magazzino sino alla consegna del bene a reparto.
4. Tale tasso è stato calcolato sulla base del numero di errori medici e del numero di opportunità di errore commessi su 1000 prescrizioni e relative somministrazioni.
5. Tradotti in termini interrogativi, per valutare le tre dimensioni di analisi, le domande poste ai professionisti per ogni Modo di Errore (ME) sono state:
 - Qual è la *probabilità* che si verifichi questo errore?
 - Qual è la probabilità che l'errore venga *rilevato* dall'organizzazione?
 - Qual è la *gravità* del danno associato al verificarsi dell'errore?
6. Uno studio condotto da Aiken *et al.* (2002) ha stimato che per ogni paziente chirurgico assegnato a un infermiere oltre il rapporto infermieri/assistiti di 1 a 4, si determina un incremento del tasso di mortalità pari al 7% per tutti i pazienti in carico allo stesso infermiere. Lo stesso studio prova l'esistenza di un forte legame tra la carenza di infermieri e i cosiddetti eventi sentinella, mostrando come un inadeguato numero di personale infermieristico contribuisce fino al 24% di tutti gli eventi sentinella registrati in ospedale.
7. Il sistema di distribuzione farmaci a reparto secondo gli armadi intelligenti si basa sul principio di «portare la farmacia a reparto», ovvero di dotare ogni reparto di una sorta di magazzino informatizzato, in grado di fornire i farmaci al momento della somministrazione. Gli armadi intelligenti sono composti da un monitor con tastiera e da una serie di piccoli cassettoni informatizzati, ognuno contenente una tipologia di farmaco in unità posologica, identificato da un codice a barre. Il sistema prevede che al momento della somministrazione, l'operatore (infermiere o medico), inserendo sul monitor dell'armadio informatizzato *username* e *password*, possa accedere alla cartella del paziente, che mostra modalità, tempi e tipologia di farmaco che il paziente deve assumere. L'operatore è così in grado di selezionare il farmaco da somministrare e se l'ora della prescrizione corrisponde all'ora di richiesta del farmaco, si apre automaticamente il cassettono dove è inserito il farmaco da somministrare.
8. Ad esempio, l'azienda A ha attribuito a una infermiera della direzione sanitaria il ruolo di coordinatore dei processi logistici.
9. Ad esempio, la certezza della corrispondenza tra terapia e paziente può avvenire solo se l'infermiere prima di ogni somministrazione incrocia i dati del *bar-code* con i dati del palmare.
10. L'analisi economica è stata svolta sul costo orario delle risorse pari 16,78 euro ora per gli operatori sanitari e 17,17 euro ora per i carrellisti comparati con il costo orario del servizio terziarizzato pari a 19,19 euro ora comprensivo di IVA.

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

- AIKEN L., SLOANE D., SOCHALSKI J. (2002), «Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction», *JAMA (The Journal of the American Medical Association)*, 288, pp. 16 e ss.
- BENSA G., GIUSEPI I., VILLA S. (2009), «Riprogettare la logistica nelle aziende sanitarie: esperienze a confronto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI, Egea, Milano.
- BOWERSOX D.J., CLOSS (1996), *Logistical management: the integrated supply chain*, McGraw Hill, Milano.
- CHASE R.B., JACOBS F.R., AQUILANO N.J., GRANDO A., SIANESI A. (2004). *Operations Management nella produzione e nei servizi*, McGraw-Hill, Milano.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Milano, Egea.
- FONTAN J.E., MANAGLIER V., NGUYEN V.X., LORAT C., BRION F. (2003), «Medication errors in hospitals: Computerized unit dose drug dispensing systems versus ward stock distribution system», *Pharmacy World and Science*, 25, pp. 112-117.
- GRANDO A. (2002), «Profili emergenti nella domanda di servizi logistici: evidenze empiriche e traiettorie evolutive», *Sinergie*, 57, pp. 3-28.
- KOPPEL R., METLAY J.P., COHEN A. (2005), «Role of Computer Physician Order Entry System in Facilitating Medication Errors», *Journal of American medical Association*, 293(10), pp. 1197-1203.
- LISBY M., NIELSEN L.P., MAINZ J. (2005), «Errors in the medication process: frequency, type, and potential», *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), pp. 15-22.
- RIVARD ROYER H., LANDRY S. (2002), «Hybrid Stockless: a case study-lessons for healthcare supply chain integration», *Internal Journal of Operation & Production Management*, 22(4), pp. 412-424.
- TISSOT E. *et al.* (2003), «Observational study of potential risk factors of medication administration errors», *Pharmacy World and Science*, 25(6), pp. 264-268.
- TAXIS K., BRYONY D., BARBER N. (1999), «Hospital Drug Distribution System in UK and Germany. A study of medication errors», *Pharmacy World and Science*, 21, pp. 25-31.
- VILLA S., ALESANI D., JOMMI C. (2009), «Prassi innovative nella logistica del farmaco: stato dell'arte e opportunità di collaborazione per gli altri attori della filiera», *Economia & Management*, 1, pp. 87-105.

La femminilizzazione dei medici del Ssn

CARLO DE PIETRO

The article describes the feminisation of the Italian medicine, addressing three questions: (1) What is the pace of feminisation among the Italian NHS doctors? (2) Is there any evidence of glass ceiling for them? (3) Which consequences we can expect from this feminisation? In 2007 women represented 35% of medical doctors employed by the Italian NHS, compared with 30% in 2001, and they represented 55% of doctors with age 30-39. In 2001 only 9% of heads of medical units were women. In 2007 they were 12%. Both in 2001 and in 2007 this percentage was lower than female prevalence among physicians in all classes of age. Finally, health literature offers useful suggestions for policy makers and managers coping with the increasing prevalence of women among the Italian NHS medical doctors.

Keywords: female doctors, medical profession, Italy; italian Ssn

Parole chiave: femminilizzazione medica, professione medica, Italia, Ssn

Note sull'autore

Carlo De Pietro, CERGAS e SDA Bocconi, Milano - email: carlo.depietro@unibocconi.it

Ringraziamenti

Una prima versione di questo articolo ha fatto parte del rapporto di ricerca AGENAS «Indagine sulla contrattazione integrativa nelle aziende sanitarie», consegnato nel 2009. Si ringraziano molto gli anonimi referee per le utili osservazioni a una versione precedente del testo

1. Oggetto e obiettivi dell'analisi

Tradizionalmente, le professioni sanitarie sono state caratterizzate da una forte connotazione di genere, con un'alta quota di donne in gran parte di esse (Tousijn, 2000; WHO, 2006). Le donne rappresentano ancora oggi tre quarti del personale sanitario in Europa e altre stime dicono che nel mondo esse rappresentano il 60% del complesso delle «risorse umane per la sanità» (Dubois *et al.*, 2006, p. 20). Al contrario, tradizionalmente la professione medica in Europa occidentale è stata dominata dagli uomini (Vicarelli, 1994).

Di recente, però, diversi di tali tradizionali squilibri stanno riducendosi. È il caso, in particolare, della professione medica, oggetto di una marcata femminilizzazione nei Paesi occidentali (OECD, 2008). La percentuale di donne tra gli iscritti alle facoltà di medicina e chirurgia è negli ultimi anni aumentata in quasi tutti i Paesi e in alcuni – tra i quali l'Italia – essa è oramai maggioritaria.

La femminilizzazione della professione medica nei Paesi occidentali ha importanti conseguenze sulla pianificazione del fabbisogno di risorse (Bloor *et al.*, 2008, p. 33; Elston, 2009). Le limitazioni alle capacità di lavoro extra-familiare durante la gravidanza e la prima infanzia dei figli riducono la disponibilità complessiva di ore lavorate nelle donne, nonostante in alcuni Paesi sembri che le donne medico dedichino alla cura della casa e dei figli meno tempo della media delle donne in generale (Heru, 2005, p. 27). Allo stesso modo, in gran parte dei Paesi, il tradizionale ruolo della madre in ambito familiare implica una maggiore incidenza di congedi o contratti di lavoro a tempo parziale (Davidson *et al.*, 1998;¹ De Jong *et al.*, 2006; McKinstry *et al.*, 2008²). Inoltre, in molti Paesi le rigidità delle condizioni d'impiego

SOMMARIO

1. Oggetto e obiettivi dell'analisi
2. Metodologia
3. Il contesto per l'analisi e il dibattito in letteratura
4. Risultati
5. Discussione e conclusioni

finiscono per scoraggiare il lavoro femminile, soprattutto dopo la maternità, col risultato di un maggior ricorso al pensionamento anticipato (Heiligers, Hingstman, 2000), che può essere frutto di preferenze individuali (es. cfr. Eagles *et al.*, 2005³), oppure frutto di sistemi previdenziali che prevedono età pensionabili diverse per uomini e donne.

Questi limiti spesso ostacolano i percorsi di carriera verticale delle donne e danno luogo a quelli spesso citati come «soffitti di vetro» (secondo l'espressione coniata da Hymowitz e Schellhard, 1986), limiti cioè non resi espliciti nelle politiche aziendali né nella normativa, ma che sono la conseguenza di una cultura del lavoro che offre maggiori spazi agli uomini, di una disponibilità oraria o nel tempo meno piena e continuativa che per gli uomini, o anche al fatto che tutto ciò comporta un *curriculum* professionale che non ha accumulato le stesse esperienze e la stessa ampiezza di quanto è invece possibile per gli uomini (Longo, Straehley, 2008). Ciò detto, i diversi Paesi mostrano situazioni differenziate e oramai non è infrequente avere la stessa distribuzione di genere per esempio tra specialisti e medici di base, nonostante spesso le donne risultino concentrate in alcune specialità quali pediatria, neuropsichiatria infantile, ecc. (Gjerberg, 2001; per un'analisi della presenza femminile nelle varie discipline mediche in Italia cfr. Vicarelli, 2003a).

Questo articolo ha l'obiettivo di riprendere i maggiori temi sollevati dalla letteratura sulla femminilizzazione della professione medica (§ 3), offrire una quantificazione e una descrizione di tale processo riferito ai medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale (Ssn), che rappresenta di gran lunga il maggior datore di lavoro dei medici italiani (§ 4), fare alcune considerazioni conclusive (§ 5).

A tal fine si propongono le seguenti tre domande di ricerca.

– *La quota di donne tra i medici Ssn sta aumentando? Se sì, di quanto?*

L'analisi si basa sul confronto dei dipendenti Ssn e delle loro piramidi di età nel 2001 e nel 2007;

– *C'è evidenza di «soffitti di vetro» nelle carriere femminili dei medici Ssn? Se sì, quali ne sono le ragioni?*

L'analisi guarda ai rapporti donne/uomini per diversi possibili tipi d'incarichi dirigen-

ziali Ssn (responsabile di struttura complessa, responsabile di struttura semplice, incarichi professionali). La base dati utilizzata ci permette di depurare l'analisi dall'effetto età, fornendoci un'evidenza chiara di quali sono le diverse carriere tra uomini e donne, a parità di età;⁴

– *Quali conseguenze possiamo attenderci come risultato di tale femminilizzazione?*

L'analisi è di natura qualitativa e si basa sulle principali evidenze e riflessioni proposte in letteratura.

2. Metodologia

L'analisi si basa sui dati forniti dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato (2008a e 2008b). La base dati è aggiornata annualmente dal 2001 con dati relativi al personale e inviati da tutte le aziende pubbliche Ssn e rappresenta una fonte assai ricca d'informazioni.

I dati considerati sono quelli presenti sulla banca dati *on-line* al 29 dicembre 2008.

Per la nostra analisi abbiamo operato le seguenti scelte sui dati presenti sul Conto annuale.

Primo, abbiamo considerato le «teste» (*headcounts*) e non il numero di dipendenti «tempo-pieno equivalenti» (*full time equivalent* o *FTE*), a meno di quando esplicitamente indicato. Le differenze tra analisi svolte su teste e su tempi pieni equivalenti peraltro non creano problemi rilevanti poiché l'inquadramento da dirigenti dei medici rende nei fatti assai limitato il ricorso al tempo parziale.

Secondo, l'analisi considera soltanto il personale dipendente, escludendo quindi contrattisti, specializzandi, collaboratori, ecc.

Terzo, l'analisi ha preso in considerazione le sole Asl e Ao, tralasciando Irccs di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta, Arpa, Ars, ecc.

3. Il contesto per l'analisi e il dibattito in letteratura

«È prevedibile che la partecipazione femminile in alcuni settori del personale sanitario [...] aumenti ulteriormente [...]. In gran parte dei Paesi dell'Europa occidentale la percentuale di medici donne (sia medici di famiglia sia specialisti) è aumentata stabil-

mente nel corso degli anni novanta» (WHO Office for Europe, 2007, p. 16; T.d.A.).

La **figura 1** mostra in modo chiaro un processo di femminilizzazione della professione medica comune a tutti i Paesi OECD tra il 1990 e il 2004, con l'eccezione della Polonia.⁵ In media l'aumento della percentuale di donne è stato del 30% in meno di quindici anni, quindi con un incremento semplice di circa il 2% all'anno.

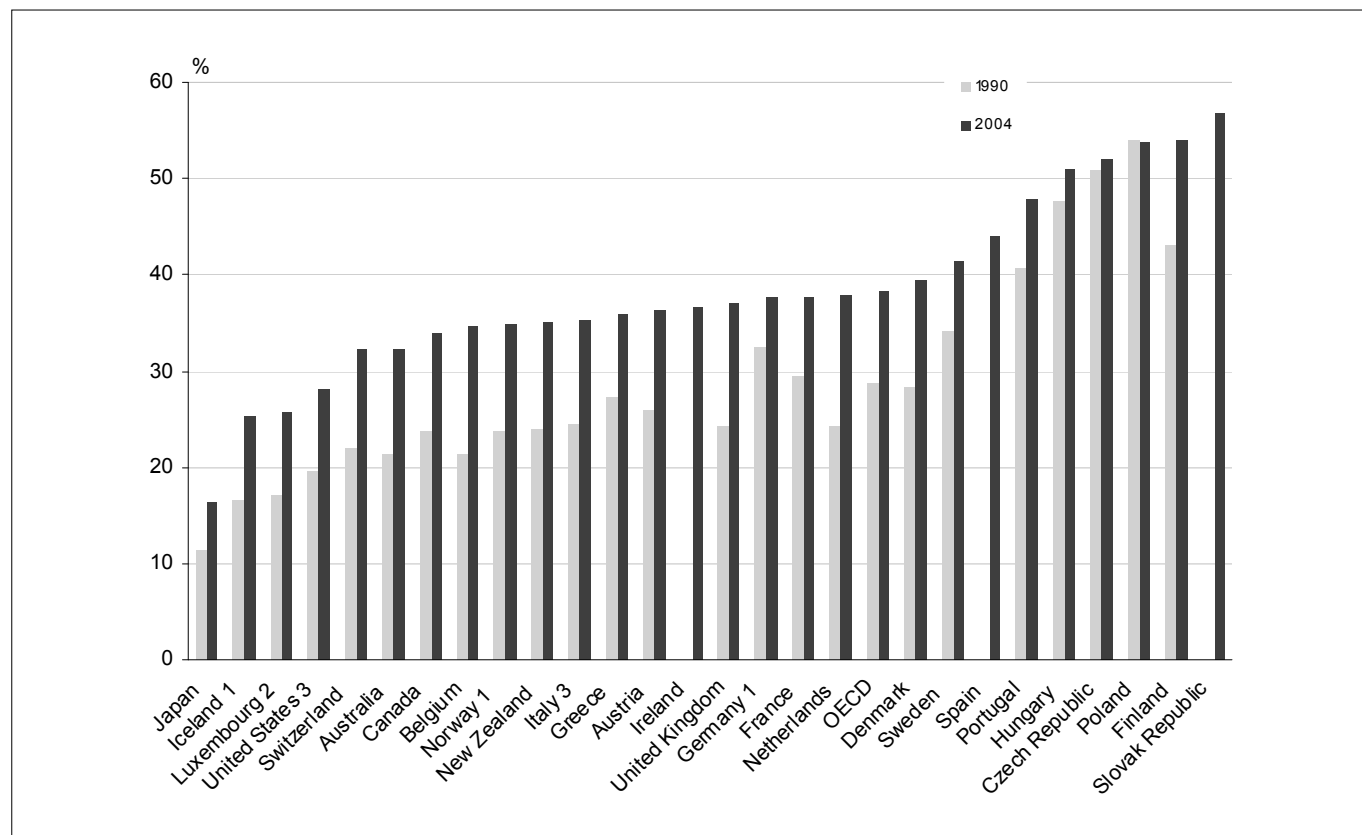
La letteratura evidenzia cinque principali dimensioni per illustrare le conseguenze della femminilizzazione dei medici:⁶

1. *determinazione del fabbisogno*: «la femminilizzazione della professione medica ha importanti conseguenze per la determinazione del fabbisogno, dal momento che le donne prendono più probabilmente congedi e ricorrono di più al tempo parziale. Tali aspetti devono essere tenuti in considerazione per fornire stime realistiche dei medici disponibili e necessari» (WHO Office for Europe,

2007, p. 16; T.d.A.). «La crescente femminilizzazione della forza lavoro medica e l'aumento dei contratti a tempo parziale [...] verosimilmente comporteranno una riduzione nel monte ore lavorate nel corso della vita lavorativa. In media i medici donna lavorano meno ore alla settimana degli uomini in molti Paesi OECD. Inoltre in media le donne hanno vite lavorative più brevi dei colleghi maschi» (OECD, 2008, p. 16; T.d.A.).

Nel caso dei *consultants* occupati negli ospedali inglesi, il numero di *finished consultant episodes* erogati dalle donne è di circa il 20% inferiore a quello dei colleghi uomini, anche quando si considerino soltanto *consultants* con contratti a tempo pieno o *maximum part-time* (Bloor *et al.*, 2008, p. 39) e tale differenza resta anche dopo aver controllato per età, specialità e ospedale. Più in generale, rispetto al Regno Unito, «i *follow-up* di lungo periodo svolti sulle coorti dei laureati in medicina e chirurgia del Regno Unito suggeriscono che i *full time equivalent* disponi-

Figura 1
Percentuale di donne
sul totale dei medici, Paesi
OECD, 1990 e 2004
Fonte: OECD (2008)



1. Dati riferiti al 1991; 2. Dati riferiti al 1992; 3. Dati riferiti al 1993.

bili per il Servizio sanitario nazionale a 15 anni dalla laurea, considerate le interruzioni lavorative e il tempo parziale, erano del 60% per ogni 100 donne entrate nella professione e dell'80% per ogni 100 uomini» (Elston, 2009, xviii; T.d.A.);

2. *condizioni di lavoro e flessibilità*: l'esperienza mostra che le donne medico lasciano più frequentemente degli uomini la pratica medica o lavorano meno durante gli anni di crescita dei figli e tendono a lavorare meno ore grazie al maggior ricorso al tempo parziale (Simoens, Hurst, 2006, p. 21; Kaneto *et al.*, 2009, p. 117-118). Più in generale, le donne medico chiedono e necessitano di programmi di formazione e carriere flessibili, nonché di condizioni di lavoro che permettano loro di raggiungere un equilibrio accettabile tra lavoro e famiglia (Allen, 2005);

3. *copertura delle specialità mediche*: le donne medico sembrano preferire – o in ogni caso sono più numerose – nelle specialità dell'assistenza primaria (Burkett, Kurz, 1981; Simoens, Hurst, 2006, p. 21). Gjerberg (2001, p. 331; T.d.A.) conferma che anche «in Norvegia come in gran parte dei Paesi occidentali la scelta delle specialità mediche è fortemente caratterizzata per genere. Le donne medico hanno teso a specializzarsi in minor grado e a entrare in scuole di specializzazione diverse da quelle preferite dai colleghi uomini».

Numerosi studi spiegano le differenze nella prevalenza delle donne tra le diverse specialità – o nello specializzarsi (Gjerberg, 2003) – con le difficoltà che le donne trovano nel bilanciare il proprio ruolo all'interno della famiglia e i programmi di formazione richiesti dalla specialità o con le condizioni di lavoro che richiedono orari lunghi, turni notturni, reperibilità, ecc. (Ormanczyk *et al.*, 2002; Gjerberg, 2002). Non è tuttavia chiaro quanto tali differenze siano spiegate da preferenze individuali diverse tra uomini e donne, da condizionamenti dovuti al diverso ruolo di uomini e donne nella società e nel lavoro di casa, da discriminazioni sul lavoro (Elston, 2009, p. 42).

In Italia le donne medico specializzate nel 2006 erano 58.000, pari al 47% delle 124.000 iscritte agli albi FNOMCEO (pari al 35% degli iscritti complessivi). La specializzazione con la maggiore presenza

femminile era pediatria (8.519 donne), seguita da ostetricia e ginecologia (4.500; Benato, 2008, p. 25);

4. *approcci culturali adottati nella relazione coi pazienti e con riguardo alla pratica medica*: diversi studi hanno trovato differenze di genere sia nella relazione coi pazienti sia nella considerazione della pratica medica, sia nei comportamenti professionali e nelle decisioni cliniche. Tra i primi sono state messe in luce differenze prevedibili nel caso di specialità che trattano situazioni e problemi legati alla sessualità quali l'ostetricia e la ginecologia (Christen *et al.*, 2008), la pediatria, ma anche come regola più generale (Roter *et al.*, 2002). Un esempio di approcci diversi al ruolo professionale e alla pratica medica è analizzato da McKinstry *et al.* (2006; T.d.A.) che, guardando ai medici di famiglia in Scozia, concludono che «le attività ausiliarie quali l'insegnamento o i ruoli amministrativi [propri della comunità professionale] non sono svolti dalle donne. Ciò può avere serie conseguenze per il futuro sviluppo della specialità». Infine, diversi studi hanno rilevato differenze nei comportamenti clinici, per esempio con riguardo all'utilizzo delle diagnosi prenatali (Bouchard, Renaud, 1997) o nell'atteggiamento rispetto al ricorso a determinate procedure chirurgiche (Domenighetti, Casabianca, 1997);

5. *relazioni organizzative coi colleghi medici e con le altre professioni sanitarie*: la femminilizzazione dei medici potrebbe avere conseguenze sulle relazioni interprofessionali tradizionalmente connotate per genere. Il primo e più ovvio esempio riguarda la relazione medici-infermieri (Gjerberg, Kjølsrød, 2001; Vicarelli, 2003b; Zelek, Phillips, 2003) e in particolare la relazione tra due figure centrali per il management delle attività sanitarie, e cioè il responsabile medico dell'unità operativa e il coordinatore infermieristico della stessa unità operativa. La letteratura sugli effetti di una diversa distribuzione di genere sui diversi ruoli è assai limitata, anche se è verosimile aspettarsi un impatto – positivo o meno che sia – sulla cultura organizzativa, specie se teniamo conto delle dimensioni gerarchiche e di potere che ovviamente connotano i ruoli gestionali.

4. Risultati

4.1. La composizione per genere nelle piramidi per età

Le donne alla fine del 2007 rappresentavano il 35% dei medici dipendenti Ssn. Come mostra la **tabella 1**, questa percentuale era del 30% a fine 2001. Quindi la prevalenza è aumentata del 5% in soli sei anni, nonostante la vita lavorativa media che era rimasta più breve per le donne che per gli uomini.

Se guardiamo alle classi della piramide per età dei medici dipendenti Ssn nel 2007, la femminilizzazione risulta ulteriormente chiara man mano che dalle coorti più anziane si passa a quelle più giovani. Nel 2007 era costituito da donne il 10% dei medici ultra-59enni, il 30% dei medici con età compresa tra i 50 e i 59 anni, il 40% di quelli tra i 40 e i 49 anni, il 55% dei medici con età compresa tra i 30 e i 39 anni. Una progressione simile – anche se meno marcata – era già presente nel 2001, con una prevalenza di donne che andava da meno del 10% per i medici ultra-59enni a un massimo del 45% per quelli tra 30 e 39 anni.

Questa rapida femminilizzazione tra 2001 e 2007 è stata parzialmente favorita dal reclutamento relativamente veloce di nuovi medici, che ha comportato un saldo cumulato positivo di + 5.632 medici dipendenti del Ssn nel periodo. Infatti, tale risultato è frutto di un saldo netto di + 6.674 donne e – 1.042 uomini.

La **figura 2** presenta la piramide per età dei medici dipendenti Ssn nel 2001 e nel 2007,

evidenziando chiaramente sia il processo di invecchiamento di questa componente di personale, sia la sua femminilizzazione.

L'invecchiamento risulta particolarmente evidente nello slittamento delle due coorti più popolose, che nel 2001 erano quelle 45-49 e 50-54 e sei anni dopo erano quelle 50-54 e 55-59.

Con riguardo alla femminilizzazione, la piramide del 2001 mostra una limitata maggioranza femminile soltanto nella coorte 30-34, che comunque contiene pochi medici. Nel 2007 la femminilizzazione si conferma sia nella stessa coorte, nel frattempo slittata per gran parte nella classe di età 35-39 e che ha acquistato nuovi membri, come conseguenza del reclutamento di ultra-35enni, sia nella coorte 30-34, dove le donne hanno sorpassato il 60%.⁷

4.2. Percorsi di carriera dei medici donna

La base dati del Conto annuale distingue gli incarichi di struttura complessa (RSC), di struttura semplice (RSS) e gli incarichi di tipo professionale. Questi ultimi sono quelli individuati alla lettera c) («incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo») e alla lettera d) («incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività») del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) che si applica ai medici dipendenti Ssn. Tali tipologie contrattuali era-

Età (anni)	2001					2007				
	Uomini		Donne		Totale	Uomini		Donne		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
25-29	352	66%	180	34%	532	22	39%	34	61%	56
30-34	1.924	49%	2.003	51%	3.927	1.319	38%	2.115	62%	3.434
35-39	7.018	57%	5.336	43%	12.354	3.829	48%	4.150	52%	7.979
40-44	13.845	64%	7.952	36%	21.797	8.110	56%	6.483	44%	14.593
45-49	19.393	68%	9.246	32%	28.639	13.338	62%	8.253	38%	21.591
50-54	17.475	80%	4.274	20%	21.749	20.410	67%	10.215	33%	30.625
55-59	6.898	88%	924	12%	7.822	16.727	77%	4.968	23%	21.695
60-64	3.111	92%	254	8%	3.365	5.144	89%	620	11%	5.764
65 +	707	93%	54	7%	761	782	93%	59	7%	841
Tutte le età	70.723	70%	30.223	30%	100.946	69.681	65%	36.897	35%	106.578

Tabella 1

Distribuzione per età dei medici Ssn, 2001 e 2007

Fonte: nostre elaborazioni su dati Conto Annuale (visitato il 29 dicembre 2008)

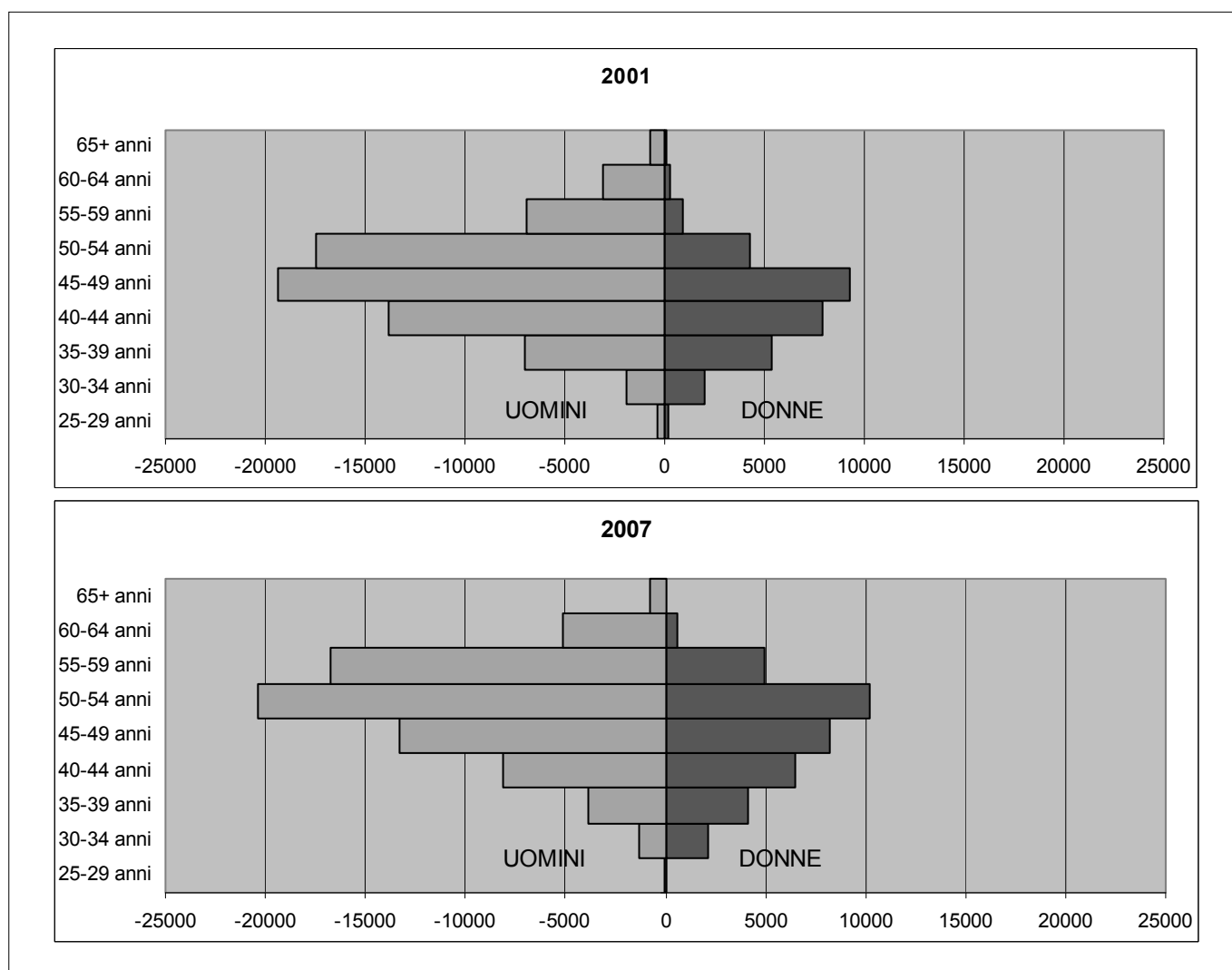


Figura 2

Piramide per età dei medici dipendenti Ssn, 2001 e 2007

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto annuale (visitato il 29 dicembre 2008)

no in vigore sia nel 2001 sia nel 2007 e sono valide ancora oggi.

Il CCNL non definisce una gerarchia retributiva tra i tre tipi d'incarico, che sono oggetto di una valutazione delle posizioni svolta a livello aziendale e possono quindi portare anche a differenze marcate nei livelli retributivi. Nonostante ciò, la tradizione e la pratica corrente del Ssn determinano di fatto tale gerarchia (Del Vecchio, De Pietro, 2002). Per questa ragione, i medici che ambiscono a far carriera saranno spinti a richiedere la responsabilità di una struttura e ad assumere le responsabilità gestionali che ne conseguono.

Dato il quadro appena descritto, è possibile guardare alla quota di donne nei diver-

si tipi d'incarico, tenendo conto del profilo di età, come fatto nella **tabella 2** e nella **figura 3**.

Nel 2001 le donne erano il 30% di tutti i medici Ssn, ma solo il 9% dei responsabili di struttura complessa. La loro presenza era maggiore tra i responsabili di struttura semplice, tra i quali le donne erano il 28%. Infine, erano il 33% tra gli incarichi professionali.

Nel 2007 le rispettive percentuali erano 35% (tutti i medici Ssn), 12% (RSC), 27% (RSS) e 39% (incarichi professionali).

Se guardiamo alla presenza femminile lungo le classi di età, il *gender gap* nei risultati sulle carriere gestionali sembra confermato. Nel 2001 le donne erano il 43% della classe di età 35-39 ma solo il 18% dei RSC

2001											
Età	RSC			RSS			Incarichi professionali			Tutti i tipi di incarico	
	N. di donne	% di donne (A1)	B1 - A1	N. di donne	% di donne (A2)	B1 - A2	N. di donne	% di donne (A3)	B1 - A3	N. di donne	% di donne (B1)
25-29	0	-	-	24	39%	6%	156	33%	- 1%	180	34%
30-34	0	-	-	156	43%	- 8%	1.847	52%	1%	2.003	51%
35-39	7	18%	- 26%	377	40%	- 3%	4.952	44%	0%	5.336	43%
40-44	74	19%	- 17%	882	33%	- 3%	6.996	37%	1%	7.952	36%
45-49	283	17%	- 15%	1.467	34%	2%	7.496	33%	1%	9.246	32%
50-54	321	10%	- 10%	785	21%	2%	3.168	21%	2%	4.274	20%
55-59	134	6%	- 6%	187	14%	2%	603	14%	3%	924	12%
60-64	74	5%	- 3%	43	10%	3%	137	10%	3%	254	8%
65 +	15	3%	- 4%	7	10%	3%	32	15%	8%	54	7%
Tutte le età	908	9%	- 21%	3.928	28%	- 1%	25.387	33%	3%	30.223	30%

2007											
Età	RSC			RSS			Incarichi professionali			Tutti i tipi di incarico	
	N. di donne	% di donne (A4)	B2 - A4	N. di donne	% di donne (A5)	B2 - A5	N. di donne	% di donne (A6)	B2 - A6	N. di donne	% di donne (B2)
25-29	0	-	-	0	-	-	34	61%	0%	34	61%
30-34	0	-	-	22	48%	- 14%	2.093	62%	0%	2.115	62%
35-39	1	10%	- 42%	66	38%	- 14%	4.083	52%	0%	4.150	52%
40-44	21	18%	- 27%	327	35%	- 9%	6.135	45%	1%	6.483	44%
45-49	149	20%	- 18%	935	31%	- 7%	7.169	40%	2%	8.253	38%
50-54	435	18%	- 16%	2.024	31%	- 2%	7.756	36%	2%	10.215	33%
55-59	397	11%	- 12%	1.235	21%	- 2%	3.336	27%	4%	4.968	23%
60-64	127	6%	- 5%	159	11%	0%	334	15%	4%	620	11%
65 +	22	5%	- 2%	24	15%	8%	13	6%	- 1%	59	7%
Tutte le età	1.152	12%	- 23%	4.792	27%	- 8%	30.953	39%	5%	36.897	35%

in quella coorte. E nel 2007, pur rappresentando il 52% di quella classe di età, era retta da un medico donna soltanto una struttura complessa su dieci.

In generale, nel 2001 le donne risultavano sotto-rappresentate tra i RSC di tutte le classi di età. In altre parole, la percentuale di donne alle quali era affidato tale tipo d'incarico era inferiore, in tutte le classi di età, alla percentuale di donne tra i medici Ssn. Tale risultato è confermato anche dai dati 2007.

Nel 2001 questa sotto-rappresentazione era parzialmente compensata nelle coorti più anziane per una sovra-rappresentazione tra i RSS. Per esempio, tra i medici della classe di età 60-64 le donne erano l'8% ma soltanto il 5% dei RSC e ben il 10% dei RSS. Nel 2007, tuttavia, tale parziale compensazione era sparita e le donne risultavano sotto-rappresentate lungo l'intero profilo per età, sia

per gli incarichi di struttura complessa, sia per gli incarichi di struttura semplice.

5. Discussione e conclusioni

L'analisi delle pagine precedenti ha confermato le nostre ipotesi iniziali.

1. Il Ssn sta vivendo una progressiva femminilizzazione della forza lavoro medica. Tale cambiamento risulta chiaro dal confronto tra 2001 e 2007 e dovrebbe continuare nel prossimo futuro, se si tiene conto della composizione per genere degli studenti di medicina e chirurgia nonché degli specializzandi.

Nel periodo 2001-2007, la quota di donne medico è aumentata per più ragioni. La prima è la progressiva uscita dalla vita attiva dei medici più anziani, le cui coorti comprendevano un numero assai esiguo di donne. La seconda

Tabella 2

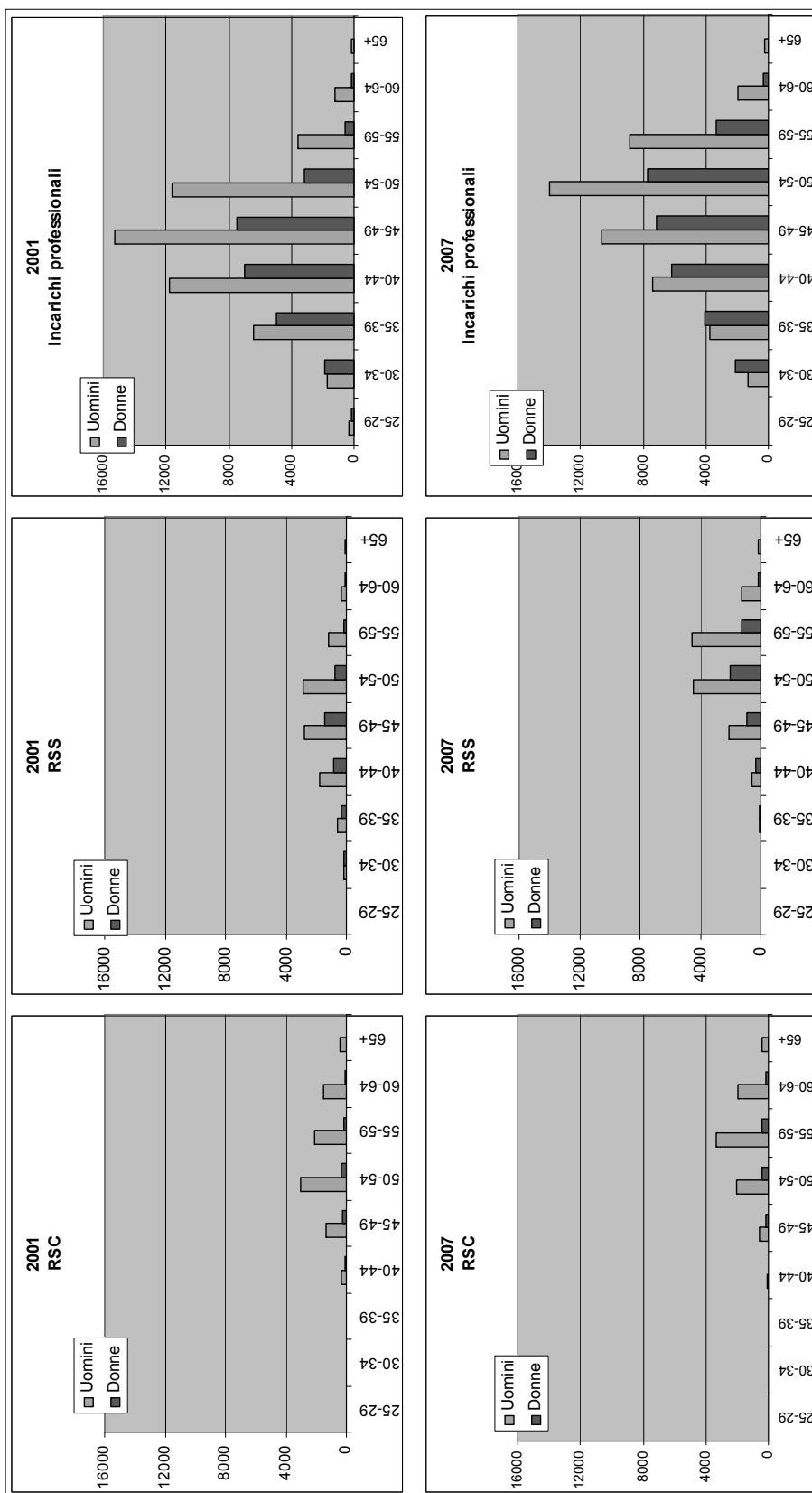
Percentuale di donne per tipo d'incarico tra i medici dipendenti Ssn, 2001 e 2007

Fonte: nostre elaborazioni su dati Conto annuale (visitato il 29 dicembre 2008)

Figura 3

Distribuzione dei diversi tipi d'incarichi per classe di età e sesso, 2001 e 2007

Fonte: nostre elaborazioni su dati Conto annuale (visitato il 29 dicembre 2008)



è che le coorti più giovani che vengono via via assunte si caratterizzano per una maggioranza di donne. Infine, tale progressivo rimpiazzo di pensionati uomini con neoassunti donne è stato reso ancora più evidente dal saldo netto positivo nel numero dei medici dipendenti Ssn, che nei sei anni considerati sono aumentati di 5.632 unità, contribuendo ad accelerare la femminilizzazione.

Per il prossimo futuro è prevedibile un'ulteriore accentuazione di tale dinamica dovuta, tra gli altri fattori, alle riforme pensionistiche che innalzeranno i requisiti contributivi delle donne allineandoli progressivamente a quelli degli uomini e al perdurante aumento della quota femminile tra i laureati in medicina e chirurgia, come mostrato nella **tabella 3**. Ciò, a sua volta, renderà ancora più urgente sviluppare politiche e sistemi di gestione del personale capaci di accomodare i bisogni delle donne-medico (e, più in generale, della società), soprattutto in termini di condizioni di lavoro flessibili in grado di meglio bilanciare vita lavorativa e vita familiare. Un esempio rilevante per tale aspetto riguarda i contratti a tempo parziale, finora riconosciuti con difficoltà al personale con qualifica dirigenziale – e quindi anche ai medici Ssn – ma che non potranno che diffondersi, data la composizione di genere delle nuove coorti di medici.

2. L'analisi ha confermato la presenza d'importanti divari nei risultati di carriera tra uomini e donne. In parte ciò può essere la conseguenza di regole contrattuali che riservano gli incarichi di struttura ai soli medici che lavorano a tempo pieno. Però tali differenze nei risultati di carriera gestionale

risultano evidenti fin dalle età più giovani, il che potrebbe smentire almeno parzialmente l'idea che esse siano la conseguenza diretta degli impegni dovuti all'accudimento dei figli, ma suggerire che siano piuttosto l'esito di un contesto culturale più generale o, magari, di un diverso atteggiamento delle donne nei confronti dei ruoli gestionali e del potere gerarchico ad essi associato.

In ogni caso, è auspicabile che il pur lento aumento del numero di donne in posti di responsabilità sia capace di provocare un'accelerazione a tale processo. La diffusione delle donne in posti riconoscibili e visibili potrebbe, infatti, innescare una modifica nelle aspettative di carriera delle colleghe e dunque una modifica dei comportamenti, tendenti a realizzarle. Una maggiore presenza femminile in posti con responsabilità gestionale e potere organizzativo potrebbe, poi, indurre un cambiamento culturale favorevole alla crescita professionale delle altre donne.

3. In generale, lungi dall'essere una mera modifica di genere, è verosimile che la femminilizzazione della professione medica comporti variazioni importanti nell'organizzazione dei servizi, nella pratica professionale e nella stessa cultura del Ssn italiano. Da un lato, la femminilizzazione potrebbe far «recuperare alla professione quei valori deontologici di empatia, di relazionalità, di aiuto alla sofferenza che sono valori antichissimi, ma che probabilmente un eccesso di tecnicismo maschilista ci ha fatto dimenticare» (Panti, 2006, p. 98). Dall'altro, i servizi potranno vedere un aumento del ricorso al tempo parziale, così da consentire di conciliare più agevolmente ruolo familiare e ruolo

Anno solare conseguimento laurea	Totale laureati	Laureati donne (n.)	Laureati donne (%)
1999	6.745	3.729	55%
2000	6.552	3.739	57%
2001	6.418	3.739	58%
2002	6.999	4.155	59%
2003	7.282	4.350	60%
2004	6.615	3.996	60%
2005	6.415	3.921	61%
2006	6.463	4.028	62%
2007	6.816	4.381	64%

Tabella 3

I laureati in Medicina e chirurgia in Italia, 1999-2007

Fonte: MIUR 2009
(<http://statistica.miur.it/scripts/IU/vIU4.asp>; visitato l'11 agosto 2009)

professionale (ciò non riguarda soltanto i dipendenti Ssn: si pensi ad esempio all'attuale difficoltà di svolgere a tempo parziale il lavoro di Mmg; Marinoni, 2006).

Le evidenze che possono essere tratte dal passato mostrano che il genere ha un impatto su valori e comportamenti professionali. La domanda alla quale ancora non è possibile dare una risposta è se quelle differenze, rilevate in contesti caratterizzati da un numero di donne assai limitato, saranno confermate anche in una situazione in cui le donne non rappresentano più un'eccezione ma sono divenute invece il genere maggioritario. Per il momento, la forte revisione della composizione di genere della professione medica italiana sembra aver portato con sé impatti osservabili assai limitati. Ciò significherebbe, dunque, a un ridimensionamento delle differenze enfatizzate dalla sociologia delle professioni e da altre discipline.

Prima di accantonare come «falsa rivoluzione» tale processo di femminilizzazione, sembra, però, opportuno aspettare che essa possa produrre i suoi effetti e che essa raggiunga i ruoli più influenti sulla professione, ancora saldamente nelle mani degli uomini, grazie alla loro predominanza anche numerica nelle coorti più anziane. Nel 2006, infatti, le donne rappresentavano solo l'8% dei professori ordinari delle facoltà di medicina e chirurgia, il 14% dei direttori sanitari aziendali di Asl e Ao Ssn e solo un ordine provinciale aveva un presidente donna (mentre c'erano cinque vicepresidentesse; Benato, 2008, p. 26).

Note

1. Un'indagine su tutti i 3.135 laureati in medicina e chirurgia del Regno Unito nel 1977 (tasso di risposta del 78%), ha trovato che nel 1995 «many of the women who had taken a break to raise a family had resumed their careers, but 48.5% of women NHS doctors were working part time [...]. The percentage of men working part time in the NHS was very small: 5% of those in general practice and 3% of those in hospital practice» (p. 1426).
2. Un'indagine sui generalisti scozzesi del 2004 ha mostrato che gli uomini lavoravano il 18% di ore in più delle donne nei servizi medici diretti all'utenza e il 50% in meno nelle attività d'insegnamento, amministrazione, ricerca, o negli ambulatori specialistici (p. 1). Sempre per i generalisti del Regno Unito, Gravelle e Hole (2007) trovano che nel 2004 i medici di famiglia inglesi con contratti a tempo pieno lavoravano 49,6 ore alla settimana in media, mentre le donne ne lavoravano 43,2.
3. In un'indagine svolta tra gli psichiatri scozzesi nel 2003, gli uomini che dichiaravano di voler andare in pensione prima dei 55 anni di età erano il 21% del totale, contro il 41% delle donne. All'altro estremo, il 22% degli uomini dichiarava di voler andare in pensione a 60 anni o dopo, contro il 2% delle donne (p. 375).
4. L'analisi deve essere condotta su dati depurati dalla distribuzione per età. Infatti gli uomini potrebbero avere più spesso incarichi di struttura per il solo fatto di essere molto più numerosi nelle coorti più anziane, in cui si è accumulata esperienza e quindi possibilità di riconoscimenti di carriera.
5. I Paesi dell'Europa dell'Est condividono una tradizione sviluppatasi in epoca comunista e caratterizzata da una forte femminilizzazione della professione medica (oggi in Russia due terzi dei medici sono donne; Danishevski, 2006, p. 103-104). Per questa ragione in Ungheria, Repubblica Ceca, Polonia e Slovacchia le donne superano gli uomini nella professione medica, e lo stesso è successo in Finlandia, Paese che ha condiviso parte della storia del '900 insieme ai Paesi dell'Europa orientale.
6. Levinson e Lurie (2004) propongono quattro dimensioni parzialmente diverse da quelle da noi indicate: la relazione medico-paziente; la disponibilità a un rapporto più «vicino» (letteralmente parlano di «local delivery of care», riferendosi a stili di *leadership* che favoriscono un approccio di gruppo); un atteggiamento più attento alle dinamiche sociali (ma con un ruolo ambivalente, perché da un lato i medici donna lavorano spesso in posti meno remunerati e sono più di frequente medici di famiglia, ma dall'altro lato i propri ritmi e la propria disponibilità sul lavoro possono rendere più difficile l'accesso dei pazienti ai loro servizi); un diverso atteggiamento rispetto all'appartenenza professionale (con riguardo sia all'equilibrio tra vita professionale e vita familiare, sia alle rivendicazioni minori rispetto ai colleghi maschi di *status* e salari, ecc.).
7. Nel 2007 anche la coorte 25-29 è a maggioranza femminile. Ciò detto, nel testo non consideriamo tale classe perché estremamente ridotta nei numeri assoluti.

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

- ALLEN I. (2005), «Women doctors and their careers: what now?», *British Medical Journal*, 331, pp. 569-572.
- BENATO M. (2008), «I numeri e le proiezioni della popolazione medica in Italia», *La professione*, 2, pp. 24-26.
- BLOOR K., FREEMANTLE N., MAYNARD A. (2008), «Gender and variation in activity rates of hospital consultants», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(1), pp. 27-33.
- BOUCHARD L., RENAUD M. (1997), «Female and male physicians' attitudes toward prenatal diagnosis: a pan-Canadian survey», *Social Science & Medicine*, 44(3), pp. 381-392.
- BURKETT G.L., KURZ D.E. (1981), «A comparison of the professional values and career orientations of male and female medical students: Some unintended consequences of U.S. public policy», *Health Policy and Education*, 2(1), pp. 33-45.
- CHRISTEN R.N., ALDER J., BITZER J. (2008), «Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations», *Social Science & Medicine*, 66, pp. 1474-1483.
- DANISHEVSKI K. (2006), «Russian Federation», in B. Rechel, C.-A. Dubois, M. McKee (eds), *The health care workforce in Europe. Learning from experience*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- DAVIDSON J.M., LAMBERT T.W., GOLDACRE M.J. (1998), «Career pathways and destination 18 years on among doctors who qualified in the United Kingdom in 1977: postal questionnaire survey», *British Medical Journal*, 317, pp. 1425-1428.
- DE JONG J.D., HEILIGERS P., GROENEWEGEN P.P., HINGSTMAN L. (2006), «Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time?», *Health Policy*, 78, pp. 235-248.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DOMENIGHETTI G., CASABIANCA A. (1997), «Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives», *British Medical Journal*, 314(7091), p. 1417.
- DUBOIS C.-A., NOLTE E., MCKEE M. (2006), «Human resources for health in Europe», in idem (eds), *Human resources for health in Europe*, Open University Press, Maidenhead.
- EAGLES J.M., ADDIE K., BROWN T. (1995), «Retirement intentions of consultant psychiatrists», *Psychiatric Bulletin*, 29, pp. 347-376.
- ELSTON M.A. (2009), *Women and medicine - The future*, Royal College of Physicians, London.
- GJERBERG E., KJØLSRØD L. (2001), «The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor cooperating with a female nurse?», *Social Science & Medicine*, 52, pp. 189-202.
- GJERBERG E. (2001), «Medical women - towards full integration? An analysis of the speciality choices made by two cohorts of Norwegian doctors», *Social Science & Medicine*, 52(3), pp. 331-343.
- GJERBERG E. (2002), «Gender similarities in doctors' preferences - and gender differences in final specialisation», *Social Science & Medicine*, 54, pp. 591-605.
- GJERBERG E. (2003), «Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life», *Social Science & Medicine*, 57, pp. 1327-1341.
- GRAVELLE H., HOLE A.R. (2007), «The work hours of GPs: survey of English GPs», *British Journal of General Practice*, 57(535), pp. 96-100.
- HEILIGERS P.J.M., HINGSTMAN L. (2000), «Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists», *Social Science & Medicine*, 50, pp. 1235-1246.
- HERU A.M. (2005), «Pink-collar medicine: women and the future of medicine», *Gender Studies*, 22(1), pp. 20-34.
- HYMOWITZ C., SCHELLHARDT T.D. (1986), «The glass ceiling: why women can't seem to break the invisible barrier that blocks them from the top jobs», *Wall Street Journal*, March 24, p. 1.
- KANETO C., TOYOKAWA S., INOUE K., KOBAYASHI Y. (2009), «Gender difference in physician workforce participation in Japan», *Health Policy*, 89, pp. 115-123.
- LEVINSON W., LURIE N. (2004), «When most doctors are women: what lies ahead?», *Annals of Internal Medicine*, 141, pp. 471-474.
- LONGO P., STRAEHLEY C.J. (2008), «Whack! I've hit the glass ceiling! Womens's efforts to gain status in surgery», *Gender Medicine*, 5(1), pp. 88-100.
- MARINONI G. (2008), «La femminilizzazione della medicina di famiglia», *La professione*, 2, pp. 85-86.
- MCKINSTRY B., COLTHART I., ELLIOTT K., HUNTER C. (2006), «The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners», *BMC Health Services Research*, 6, p. 56.
- MIUR (2009), *Indagine sull'istruzione universitaria - Laureati ed esami*. <http://statistica.miur.it/scripts/IU/vIU0.asp>; visitato l'11 agosto 2009
- OECD (2008), *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?*, OECD, Paris.
- ORMANCZYK M.E., NAFTALIN C.M., KYDD A.C., COOPER R.F. (2002), «Will more women choose a surgical career when working hours are reduced?», *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, (Suppl) 84, pp. 264-268.
- PANTI A. (2008), «La femminilizzazione della professione medica è un valore aggiunto», *La professione*, 2, pp. 98-99.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2008a), *Conto annuale 2001*. www.contoannuale.tesoro.it; visitato il 29 dicembre 2008.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2008b), *Conto annuale 2007*. www.contoannuale.tesoro.it; visitato il 29 dicembre 2008.
- ROTER D.L., HALL J.A., AOKI Y. (2002), «Physician gen-

- der effects in medical communication: a meta-analytic review», *JAMA*, 288, pp. 756-764.
- SIMOENS S., HURST J. (2006), *The supply of physician services in OECD countries*, OECD Health working papers n. 21, OECD, Paris.
- TOUSIN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- VICARELLI G. (1994), «Le figlie di Esculapio e di Igea», in P. David, G. Vicarelli (a cura di), *Donne nelle professioni degli uomini*, Franco Angeli, Milano.
- VICARELLI G. (2003a) «Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia», *Polis*, XVII(1), pp. 93-122.
- VICARELLI G. (2003b), «Il genere nelle professioni di cura. La diade medico-infermiere», *Salute e Società*, II(1), pp. 47-67.
- WHO Regional Office for Europe (2007), *Health workforce policies in the European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2006), *World health report 2006. Working together for health*, WHO, Geneva.
- ZELEK B., PHILLIPS S.P. (2003), «Gender and power: Nurses and doctors in Canada», *International Journal for Equity in Health*, 2, p. 1.

La gestione dell'innovazione tecnologica in sanità: analisi e confronto di alcune politiche regionali in Italia

M.C. CAVALLO, O. CIANI, A. GUGIATTI, C. JOMMI, R. TARRICONE

The increasing availability of health technologies to the NHS raises questions about the sustainability and govern of innovative technologies' entry into clinical practice. The relevance of the issue has been recognized at local, regional and central level thus enabling initiatives and tools for managing selection, evaluation, procurement and reimbursement of health technologies. Health technology assessment (HTA) is a rapidly evolving process, embracing different types of assessments about the value of new and existing technologies. Increasingly organizations are undertaking HTA in Italy. The objective of this work is describing and analyzing some recent HTA regional experiences in five Italian Regions: Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardy, Veneto. The comparison focuses on programs' structure, methods, future development and engagement of all stakeholders

Keywords: Health Technology Assessment (HTA), health regional policy
Parole chiave: Health Technology Assessment (HTA), tecnologie sanitarie, politiche regionali sanitarie

Note sugli autori

Maria Caterina Cavallo, Oriana Ciani, Attilio Gugliatti, Rosanna Tarricone sono ricercatori CERGAS, Claudio Jommi è ricercatore CERGAS e docente presso l'Università del Piemonte Orientale

1. Il governo dell'innovazione tecnologica

Negli ultimi anni si è assistito a un sensibile incremento del numero e della varietà di tecnologie sanitarie disponibili sul mercato, grazie al progresso dalla ricerca in discipline come la bioingegneria o le biotecnologie, o all'applicazione in ambito sanitario di innovazioni provenienti da settori quali ingegneria nucleare o robotica. Questo fenomeno ha contribuito al miglioramento di diagnosi, terapia o riabilitazione di numerose patologie.

Il peso crescente del trattamento di casi clinici che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di attività assistenziali ad alta intensità evidenzia il ruolo che la variabile tecnologica va assumendo in maniera crescente nella sanità. Lo sviluppo dei sistemi sanitari dipende, in larga misura, dalla capacità di governare l'ingresso delle tecnologie innovative nella pratica clinica, secondo criteri che offrano risultati positivi in termini di salute e qualità delle cure, in un quadro di sostenibilità finanziaria, equità e integrazione degli interventi.

Il ruolo strategico del governo della variabile tecnologica nei Paesi industrializzati per lo sviluppo dei sistemi sanitari, in particolare dei sistemi sanitari pubblici, ha attivato nel tempo iniziative e strumenti di gestione del processo di selezione, valutazione, acquisizione, utilizzo e finanziamento delle tecnologie sanitarie, diversi e variamente strutturati in base al coinvolgimento dei vari livelli: nazionale, regionale, aziendale.

Le riforme del Servizio sanitario nazionale degli ultimi venti anni hanno rilanciato il

SOMMARIO

1. Il governo dell'innovazione tecnologica
2. L'Health Technology Assessment
3. Le politiche regionali di gestione dell'innovazione tecnologica
4. La gestione dell'innovazione tecnologica: policy regionali a confronto
5. Conclusioni

ruolo delle Regioni nella funzione legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e nella programmazione sanitaria regionale. L'iscrizione definitiva delle politiche per la salute e di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari nel quadro delle responsabilità regionali si affianca alla piena responsabilizzazione delle Regioni nel mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, ovvero nella copertura di eventuali disavanzi nella gestione del proprio sistema sanitario.

Questo lavoro si focalizza, pertanto, su alcuni esempi di politiche sanitarie regionali messe in atto, o in via di implementazione, con la finalità di gestire la variabile tecnologica secondo principi di efficacia, efficienza ed economicità.

2. L'Health Technology Assessment

Il tema del governo dell'innovazione tecnologica, della ricerca di risposte a quesiti relativi all'accessibilità dell'innovazione, all'impiego di risorse pubbliche per l'introduzione di nuove tecnologie in sanità, al supporto e trasferimento degli esiti della ricerca nella pratica clinica, può essere affrontato con modalità, approccio e strumenti diversi. In questa analisi, tenendo presenti anche le attuali tendenze internazionali e le esperienze avviate in altri Paesi, la modalità di gestione dell'innovazione tecnologica su cui sarà focalizzata l'attenzione è quella della valutazione delle tecnologie sanitarie o *Health Technology Assessment*.

2.1. Definizione e principi teorici

L'*Health Technology Assessment* (HTA) si configura come un'attività di ricerca multidisciplinare che studia le implicazioni cliniche, economiche, sociali, etiche e organizzative relative all'introduzione, utilizzo e diffusione di tecnologie sanitarie (International Network of Agencies of Health Technology assessment, INAHTA, 2002). Negli ultimi quarant'anni, le definizioni attribuite al concetto di HTA sono state molteplici, a sottolineare l'impegno profuso da ricercatori e istituzioni per l'identificazione del campo di applicazione, delle finalità, delle metodologie e degli strumenti tipici di questa attività (Banta, Luce, 1993; Henshall *et al.*, 1997;

Goodman, 1998; Velasco-Garrido, Busse, 2005). I principi fondamentali ribaditi in ognuna di queste sono (Tarricone, 2004; Fattore *et al.*, 2008):

- il riferimento all'attività di ricerca, alle logiche del metodo scientifico e al movimento dell'*Evidence Based Medicine* (EBM), che sottolinea l'importanza delle evidenze scientifiche nella formulazione di norme o raccomandazioni (Sackett *et al.*, 1996);

- la subordinazione dell'attività di ricerca a un quesito decisionale: attraverso la sistematizzazione delle evidenze disponibili o da produrre, l'HTA mira a fornire conoscenze utili a generare decisioni a livello di soggetti regolatori, aziende erogatrici di servizi sanitari, professionisti clinici;

- l'oggetto della valutazione, ovvero le tecnologie sanitarie, che comprendono tutti gli strumenti, le attrezzature, i farmaci, le procedure medico-chirurgiche, i sistemi di supporto, organizzativi e gestionali impiegati per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie o per interventi a supporto della disabilità (OTA, 1978; OMS, 2010).

La valutazione delle tecnologie è un processo complesso che può essere scomposto nelle seguenti fasi.

Il primo passo è l'*Horizon Scanning* (HS), attività mirata a intercettare, in fase di sviluppo, le nuove tecnologie, valutate, su base prospettica o previsionale, per il loro possibile impatto in termini clinici e gestionali sul Servizio sanitario nazionale. La raccolta e la selezione dei temi da considerare per definire con precisione l'oggetto della valutazione costituiscono la fase di prioritizzazione o *priority-setting*. Si arriva, quindi, alla valutazione intesa sia come valutazione tecnica (*assessment* per gli anglosassoni), sia come valutazione finalizzata alla stesura di eventuali raccomandazioni o scelte di *policy* (*appraisal*). È infine prevista un'azione di diffusione (*dissemination*) dei risultati delle valutazioni e delle eventuali raccomandazioni, cui dovrebbe essere agganciato un processo sistematico di *follow-up*, ovvero di monitoraggio dell'aderenza alle raccomandazioni e di efficacia reale (*effectiveness*) delle tecnologie. Nei processi più strutturati, il circuito si chiude con una fase di rivalutazione (*re-assessment*) sulla base delle nuove eviden-

ze raccolte (Sorenson *et al.*, 2008; Velasco Garrido *et al.*, 2008).

La valutazione delle tecnologie sanitarie è affermata a livello internazionale: numerose agenzie, commissioni, istituzioni, sia pubbliche che private, hanno prodotto *report* di HTA o stanno implementando programmi di HTA. Come già sottolineato, le finalità sono quelle di informare le scelte dei *policy-maker* in merito, per esempio, all'inserimento nei prontuari nazionali o locali di alcuni farmaci, all'estensione dei piani di copertura assicurativa, alle prescrizioni obbligatorie rispetto ad alcune tecnologie, in sintesi, per supportare le decisioni relative all'allocazione delle risorse.

2.2. Esperienze di HTA nazionali

Anche in Italia si va sviluppando un importante e qualificato movimento culturale e tecnico a supporto dei processi decisionali sulle tecnologie in sanità, sebbene si tratti di una risposta non sempre unitaria e spesso eterogenea dal punto di vista della modalità di strutturazione.

Pur senza un'agenzia esplicitamente dedicata, sono presenti nel nostro Paese diverse attività di HTA, e sono attive istituzioni che si occupano di promuovere la cultura, gli strumenti e le metodologie proprie della valutazione delle tecnologie sanitarie.

Nel 2003, grazie a un progetto finanziato dal Ministero della salute,¹ è stato costituito il *Network* italiano di *Health Technology Assessment* (NITHA) con l'obiettivo di proporre delle basi di discussione per identificare i requisiti comuni minimi strutturali, organizzativi e funzionali per l'avvio routinario di attività di HTA a livello regionale e aziendale nell'ambito del Ssn. Le organizzazioni aderenti alla rete italiana di HTA hanno stilato nel 2006, al termine di un processo di consultazione, la Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia (www.sihta.it; Ricciardi, La Torre, 2010).

La Società Italiana di HTA (SIHTA), fondata nel gennaio 2007, ha raccolto l'eredità del NIHTA e ha aderito completamente ai principi della Carta di Trento. Questo organismo si pone l'obiettivo di riunire persone e organizzazioni qualificate, interessate a cooperare per la promozione e lo sviluppo scientifico e culturale dell'HTA in ambito nazio-

nale, e a coltivare collaborazioni e sinergie tecnico-scientifiche con soggetti internazionali. La SIHTA sostiene in Italia la missione e le finalità dell'HTAI (*Health Technology Assessment International*), collaborazione internazionale avviata con l'obiettivo principale di favorire la conoscenza e la diffusione dell'HTA.

L'AIFA, l'Age.Na.S., la Commissione unica sui dispositivi medici (Cud) e l'Istituto superiore di sanità (Iss) svolgono attività di *Health Technology Assessment* o si occupano di alcune delle fasi previste dall'attività di valutazione, incluse la diffusione degli strumenti, la promozione e il finanziamento dei programmi, il coordinamento delle diverse esperienze di HTA in ambito aziendale, scientifico, regionale.

L'intento di istituzionalizzazione dell'HTA, con l'idea che il Ssn possa beneficiare di un assetto con punti di riferimento chiari, in grado di raccogliere e utilizzare in modo coordinato le risorse finanziarie e professionali già impegnate in questo campo, è contenuto nel Psn 2006-2008 e concretizzato negli indirizzi alle attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, deliberati in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni. Tali indirizzi comprendono (i) il supporto da parte della stessa Agenzia, in raccordo con il Ministero della salute, alle Regioni per la promozione di attività stabili, a livello regionale e locale, di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche e (ii) la diffusione dei risultati degli studi e delle valutazioni effettuate a livello centrale, favorendo l'adozione da parte delle Regioni e, per loro tramite, delle Aziende sanitarie di comportamenti coerenti con i risultati.

Circa il supporto all'introduzione di innovazioni tecnologiche efficaci, l'Age.Na.S. ha intrapreso, a partire dal 2008, un'attività di *horizon scanning*, tesa a identificare/stabilire le priorità e valutare il potenziale di tecnologie emergenti, che è confluita nella creazione di un Centro per la osservazione delle tecnologie emergenti (Cote) sulla base di un accordo di collaborazione con la Direzione generale farmaci e dispositivi medici del Ministero della salute. Esso è parte del *network* europeo per lo scambio di informazioni sulle più importanti tecnologie emergenti (Euro-

scan) e ha prodotto, a seguito di una fase pilota di raccolta di segnalazioni e prioritizzazione, cinque *report* di valutazione preliminare di tecnologie emergenti (www.agenas.it).²

Un ulteriore passo in avanti nella diffusione della valutazione delle tecnologie all'interno del Ssn, e dei Servizi sanitari regionali che ne fanno parte, è costituito dalla recente proposta di accordo, tra l'Age.Na.S. e le Regioni e Province autonome, per lo sviluppo della rete per la valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie (RIHTA).³ L'accordo prevede, a regime, che le parti, basandosi sulle capacità e le competenze disponibili, svolgano funzioni di valutazione tecnico-scientifica di tecnologie e interventi sanitari rilevanti, mediante il confronto dei piani di lavoro, per l'individuazione dei diversi possibili livelli di collaborazione e condivisione delle fasi tecniche di cui si compone la valutazione, l'individuazione collaborativa delle tecnologie e interventi sanitari di cui le singole Regioni prevedono di doversi occupare nel prossimo futuro per evitare eventuali duplicazioni, lo sviluppo di metodi per adattare a livello regionale valutazioni di tecnologie e interventi sanitari già esistenti a livello nazionale o internazionale.

Il modello sinergico ipotizzato dovrà anche sostenere lo sviluppo delle capacità e delle competenze regionali per l'HTA, promuovendo le iniziative formative più appropriate (www.regioni.it/upload/110210_Acc_Regione_AGENAS.pdf). L'accordo preserva l'autonomia politica e amministrativa di ciascuna realtà regionale: le parti sono tenute a fornire reciproca assistenza per il raggiungimento delle finalità di studio e di ricerca stabilite, ma gli esiti delle ricerche non hanno carattere vincolante per le parti sottoscrittrici. La *governance* della collaborazione vedrà attivi un comitato di coordinamento, espressione dell'Age.Na.S. e delle Regioni e P.A., e gruppi di lavoro costituiti per affrontare tematiche specifiche. Su entrambe, comunque, il ruolo strategico dell'Agenzia emerge come facilitatore delle relazioni collaborative, anche in funzione della sua natura istituzionale in cui tutte le Regioni possono riconoscersi, elemento di sintesi di esigenze inevitabilmente diverse e sede idonea a fornire le infrastrutture necessarie all'operatività della rete. Durante i prossimi due anni, la durata stabi-

lita inizialmente per l'accordo, la rete collaborativa, forte della consapevolezza diffusa sulla necessità di dotarsi di strumenti idonei a governare l'innovazione tecnologica, sarà chiamata a confrontarsi con situazioni che, anche per quanto riguarda l'HTA, risultano estremamente diversificate e disomogenee sul territorio nazionale.

3. Le politiche regionali di gestione dell'innovazione tecnologica

Le prime esperienze italiane di HTA si sono sviluppate a livello ospedaliero. L'*Hospital-based Technology Assessment* è stato avviato in forme più o meno articolate a partire dagli anni '90, interessando strutture diverse sul territorio nazionale (Cicchetti *et al.*, 2006). Il Policlinico Gemelli di Roma rappresenta uno degli esempi più noti per via dell'istituzione di una Unità aziendale dedicata di HTA (Catananti *et al.*, 2005).

Le trasformazioni intervenute nel nostro Ssn e la definizione di nuove responsabilità politiche, finanziarie, amministrative in materia di tutela della salute dei cittadini per le Regioni italiane hanno accelerato la messa a punto di programmi e procedure di gestione dell'innovazione tecnologica anche a questo livello di governo. Un'indagine condotta dal Network italiano di HTA nel 2004 aveva riportato segnalazioni di attività di HTA presenti, anche in forme elementari, in 9 delle 21 Regioni e Province autonome (Favaretti *et al.*, 2009). Gli stessi autori, durante il 2008, riprendono nuovamente il tema dell'approccio delle Regioni Italiane all'HTA.

In questo filone di ricerca e approfondimento si colloca uno studio del Cergas Università Bocconi, sviluppato nell'ambito di un progetto di collaborazione con la Direzione generale Farmaci e dispositivi medici del Ministero della salute, finalizzato all'analisi e confronto di alcune politiche regionali di gestione dell'innovazione tecnologica in Italia.

Lo studio è stato condotto, a partire da una rassegna sistematica della letteratura in materia di processo decisionale riferito all'HTA, sulla base di un questionario aperto somministrato a un *pool* di *key informant* regionali, che hanno risposto attraverso un'intervista diretta registrata o per tramite di autocom-

pilazione del questionario. I profili regionali descritti sono cinque: Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, individuati sulla base della collocazione geografica, popolosità, sensibilità già manifesta su tematiche connesse alle tecnologie sanitarie.

Ulteriore elemento metodologico per lo sviluppo dell'analisi è da reperirsi in un recente contributo sul tema dell'HTA di Drummond *et al.* (2008), che propone un elenco di quindici principi chiave per valutare e migliorare un programma di HTA già esistente o per organizzare una nuova attività di valutazione delle tecnologie sanitarie che possa ottimizzare le decisioni cliniche e politiche, incrementare l'efficacia e la costo-efficacia degli interventi, migliorare la qualità e accelerare la diffusione e lo sviluppo di questo bagaglio di competenze a vari livelli dei sistemi sanitari. I principi sono distinti in quattro sezioni: (i) struttura dei programmi, (ii) metodi utilizzati, (iii) processi di svolgimento e (iv) utilizzo dell'HTA nell'attività di *decision-making*, secondo quanto riportato nella **tabella 1**.

Naturalmente il paradigma proposto da Drummond *et al.* non esclude ulteriori considerazioni e integrazioni (Banta, Hailey, Neuhauser, 2008), infatti non esiste una maniera univoca di conduzione dei programmi di HTA, in virtù dei contributi multidisciplinari cui essi attingono, della varietà di oggetti e finalità della valutazione, delle peculiarità dei vari sistemi sanitari e loro articolazioni, della continua evoluzione di una materia che si adegua a un contesto altrettanto mutevole. I principi elencati costituiscono, tuttavia, un'utile matrice di riferimento a supporto dell'analisi e della comparazione dei programmi regionali di HTA selezionati, obiettivo generale di questo studio.

I prossimi paragrafi illustreranno i contenuti principali dei vari programmi o iniziative di HTA in termini di articolazione del processo, soggetti coinvolti e relazioni con gli *stakeholder*, linee evolutive individuate per ciascuna delle cinque Regioni indagate. A seguire saranno presentati un confronto interregionale sulle politiche descritte e alcuni spunti di riflessione conclusivi sul tema della gestione delle tecnologie ispirati dall'analisi condotta.

3.1. La Regione Campania

L'esigenza di sviluppare e implementare strumenti funzionali al governo dell'innovazione tecnologica – variabile tra quelle di maggior rilievo in un sistema sanitario regionale profondamente in crisi sotto il profilo economico-finanziario – è andata crescendo nella Regione Campania negli ultimi anni. Le linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività ospedaliera nel triennio 2007-2009⁴ avevano istituito i coordinamenti tecnici provinciali (CTP) con il compito di elaborare proposte sull'allocazione delle risorse e degli investimenti, inclusi i finanziamenti ex Art. 20 per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio sanitario pubblico della Regione.

Successivamente, facendo seguito al Psn 2006-2008 (cfr. *infra*), la Giunta regionale ha deliberato (BURC n. 37 del 15 settembre

Tabella 1
Principi chiave
per programmi di HTA
(Drummond *et al.*, 2008)

STRUTTURA DEI PROGRAMMI
1) Gli obiettivi e i propositi dell'HTA devono essere espliciti e pertinenti al loro utilizzo 2) L'HTA deve essere un esercizio imparziale e trasparente 3) L'HTA deve includere tutte le tecnologie rilevanti 4) Deve esistere un chiaro sistema per stabilire le priorità per l'HTA
METODI UTILIZZATI
5) L'HTA deve incorporare metodi appropriati per valutare costi e benefici 6) L'HTA deve considerare un ampio <i>range</i> di evidenze e di <i>outcome</i> 7) Una completa prospettiva sociale deve essere considerata quando si intraprende l'HTA 8) L'HTA deve esplicitare l'incertezza che circonda le stime 9) L'HTA deve considerare ed indirizzare questioni di generalizzabilità e trasferibilità
PROCESSI
10) L'HTA deve coinvolgere attivamente tutti i gruppi di <i>stakeholder</i> chiave 11) Coloro che portano avanti l'HTA devono attivamente cercare tutti i dati disponibili 12) L'implementazione delle conclusioni emerse dall'HTA deve essere monitorata
COLLEGAMENTO CON LE DECISIONI
13) L'HTA deve essere tempestivo e puntuale 14) Le conclusioni dell'HTA devono essere comunicate in modo appropriato ai vari decisori 15) Il <i>link</i> tra esiti di HTA e processi decisionali deve essere trasparente e chiaramente definito

2008) il finanziamento del *Progetto Robinson per l'implementazione dell'Health Technology Assessment in Sanità* nell'ambito della più ampia ripartizione di risorse tra otto linee progettuali, funzionali al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1 della Legge 662/96.⁵ Finalità principale del *Progetto Robinson* è la diffusione di una cultura a livello regionale della valutazione delle tecnologie sotto diversi profili.

Il *Progetto Robinson in Ospedale* costituisce un'integrazione del primo con la finalità di supportare la diffusione capillare degli strumenti dell'HTA e l'attivazione di valutazioni sperimentali a livello delle singole aziende ospedaliere sul territorio regionale. L'azienda ospedaliera, infatti, è stata riconosciuta come l'ambiente organizzativo ideale per introdurre e sistematizzare l'HTA in Campania e costituirà uno degli elementi fondamentali del suo sviluppo secondo il modello delineato dai vertici regionali.

Il processo descritto è, attualmente, supportato da tre riferimenti normativi:⁶

– il Decreto dell'Assessore alla sanità della Giunta regionale della Campania del 15 ottobre 2007, che istituisce, presso l'Assessorato alla sanità, il Gruppo di lavoro sui dispositivi medici, costituisce l'organismo di supporto e la struttura di riferimento nella predisposizione di una serie di misure espressamente rivolte al governo regionale dei dispositivi medici. Il gruppo di lavoro si è articolato in sottogruppi che, a seconda delle necessità, possono temporaneamente richiedere il contributo di esperti esterni al nucleo originario;

– la del. G.R.C. n. 1370 del 28 agosto 2008, attraverso la quale si identificano le linee progettuali per l'utilizzo da parte della Regione di quote⁷ a valere sul Fsn 2007 per l'obiettivo di aggiornamento del personale secondo il *Progetto Robinson per l'implementazione dell'Health Technology Assessment in Sanità*;

– il Decreto dell'Assessore alla sanità della Giunta regionale della Campania del 19 febbraio 2009, attraverso il quale si istituisce formalmente la commissione finalizzata all'implementazione dell'*Health Technology Assessment* nelle strutture sanitarie della Regione, secondo quanto previsto dal *Progetto Robinson*.

I due progetti introdotti forniscono alla Regione Campania l'architettura progettuale e finanziaria necessaria, nel prossimo futuro, al governo della variabile tecnologica su basi valutative più oggettive e delineano chiaramente quale concezione di HTA la Regione vuole accogliere.⁸ Tuttavia, ad oggi, il processo identificato per l'introduzione dell'HTA, avviato solo di recente, vive le prime battute di arresto dovute all'incerto contesto economico-finanziario e politico-istituzionale della Regione.

La Campania, infatti, presenta per l'anno 2009 un risultato di gestione negativo di circa 770 mln di euro, da sommarsi a perdite pregresse di circa 223 mln di euro, solo in parte coperte dalle entrate straordinarie derivanti dalla fiscalità aggiuntiva regionale e dal fondo transitorio. La proposta di ricorrere al Fas (Fondo aree sottoutilizzate) per circa 500 mln di euro, al fine di assicurare la necessaria copertura ed evitare forti inasprimenti della fiscalità regionale aggiuntiva, è stata bocciata da parte del Governo nazionale (lo stesso è accaduto per Molise, Lazio e Calabria), aggravando il disagio della situazione della sanità pubblica campana. Inoltre, l'andamento del Piano di rientro, cui la Regione è sottoposta dal 2007, registra ritardi nella riorganizzazione della rete ospedaliera, laboratoristica e territoriale e nella stesura dei protocolli d'intesa con le università nonostante il ricorso al commissariamento.⁹

Il processo di gestione dell'innovazione tecnologica

In attesa del delinearsi del nuovo assetto politico-istituzionale, la Regione Campania, attraverso la *task force* costituita in *staff* all'Assessorato alla sanità, e composta anche da esperti esterni, ha lavorato intensamente alla definizione delle diverse fasi del processo decisionale che promuove, all'individuazione delle tecnologie che intende sottoporre a valutazione e all'attivazione del complesso lavoro di condivisione di tali scelte con gli attori del sistema di tutela della salute campano. Gli aspetti chiave sono schematizzati nella **tabella 2**.

Il modello campano per l'HTA prevede l'avvio dal monitoraggio delle tecnologie emergenti (*Horizon Scanning*), potenziale

Fase	Soggetti coinvolti	Attività
Horizon Scanning	Team ospedalieri	
Priority-setting	Team ospedalieri Commissione regionale HTA	Segnalazioni Decisioni sulla base di criteri espliciti
Appraisal	Commissione regionale HTA Soggetti esterni (industrie, altre Regioni, comunità scientifica, università) Team ospedalieri	Coordinamento generale Fornitura di dati, evidenze, <i>outcome</i> , conduzione delle valutazioni Svolgimento di nuove sperimentazioni
Dissemination	(Sotto-commissione HTA)	Predisposizione e diffusione di linee-guida
Follow-up	(Osservatorio permanente)	Raccolta di dati regionali circa l'uso effettivo delle linee-guida

Tabella 2
Architettura del processo di gestione dell'innovazione tecnologica proposta in Regione Campania

oggetto di valutazione, da effettuare nelle organizzazioni ospedaliere, incluse quelle universitarie, selezionate in via prioritaria.

In ogni azienda, un *team* multidisciplinare per l'*Health Technology Assessment*, composto da clinici, epidemiologi, farmacisti, farmacologi, ingegneri biomedici, infermieri, tecnici sanitari, esperti di governo delle risorse economiche, sotto la responsabilità della direzione sanitaria, effettuerà costante monitoraggio delle tecnologie innovative per intervenire con una valutazione tempestiva. Tale attività di monitoraggio sarà integrata da quella svolta dalla Commissione regionale che, sistematicamente, inviterà membri delle società scientifiche attive nella Regione e dei *team* aziendali a partecipare ai lavori con ruolo consultivo.

Tra le tecnologie segnalate dalle aziende per la loro criticità, la Commissione selezionerà quelle di maggior rilievo (*priority-setting*) su cui effettuare la valutazione e darà mandato ai *team* aziendali di verifica in base a criteri esplicitamente definiti. I criteri per la scelta delle tecnologie oggetto di valutazione sono stati individuati ed espressi nel *Progetto Robinson in Ospedale*. Nella fattispecie si terranno in considerazione:

- a) conclusione della attività di sperimentazione clinica;
- b) marcatura CE (nel caso di DM);
- c) tecnologie con oggetto patologie rilevanti dal punto di vista epidemiologico per la Regione;
- d) costi elevati;

e) finalità di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza di erogazione dei servizi.

La valutazione delle tecnologie selezionate verrà coordinata dalla Commissione che verificherà – anche attraverso il temporaneo coinvolgimento di competenze esterne specifiche – l'esistenza di evidenze già raccolte e disponibili all'interno della comunità scientifica internazionale, l'esistenza di studi in corso in altre Regioni che costituiscano successiva fonte di dati (clinici, economici, di impatto etico e sociale), l'esistenza di banche dati disponibili presso l'industria produttrice/distributrice delle tecnologie selezionate. Una volta verificate le lacune informative, saranno individuate le sperimentazioni su dati primari da avviare nelle aziende per la raccolta dei dati non disponibili da altre fonti.

La conduzione delle sperimentazioni finalizzate alla valutazione sarà responsabilità dei *team* aziendali, all'occorrenza integrati da professionalità esterne. Gli esiti conclusivi della valutazione (*appraisal*) verranno riportati al decisore politico e utilizzati per la verifica della coerenza tra il rimborso previsto dal sistema di finanziamento regionale per la tecnologia in oggetto e le evidenze acquisite dal processo di valutazione.

Accanto al riconoscimento finanziario dell'innovazione tecnologica, la Regione prevede di trarre dalla valutazione di essa indicazioni necessarie a orientarne l'acquisto, contribuendo a definire linee di indirizzo regionali specifiche rispetto alle tecnologie

oggetto dei processi d'acquisto da fornire sistematicamente a So.Re.Sa.¹⁰

La diffusione capillare (*dissemination*) nel sistema delle evidenze raccolte su una data tecnologia sarà affidata a una sotto-commissione specificamente creata con la finalità di realizzare linee-guida per il suo uso appropriato.

Il *monitoraggio* della implementazione delle raccomandazioni sull'uso della tecnologia, attraverso la raccolta di dati regionali circa la sua effettiva utilizzazione nelle aziende, sarà operato da un osservatorio permanente sulla gestione delle tecnologie, che potrà essere la naturale evoluzione della Commissione regionale, o essere creato come apposito organismo autonomo, secondo quanto ancora in discussione.

I soggetti coinvolti e le relazioni con altri attori

La configurazione dell'assetto organizzativo del processo decisionale vede l'Assessorato alla sanità della Regione Campania attore principale e motore del processo attraverso il proprio *staff* per l'HTA. Il ruolo dell'Agenzia regionale, almeno in questa fase, appare marginale.

Il collegamento sistematico con le Aziende sanitarie è garantito dalla struttura organizzativa della Commissione composta, insieme ai membri dello *staff*, dai rappresen-

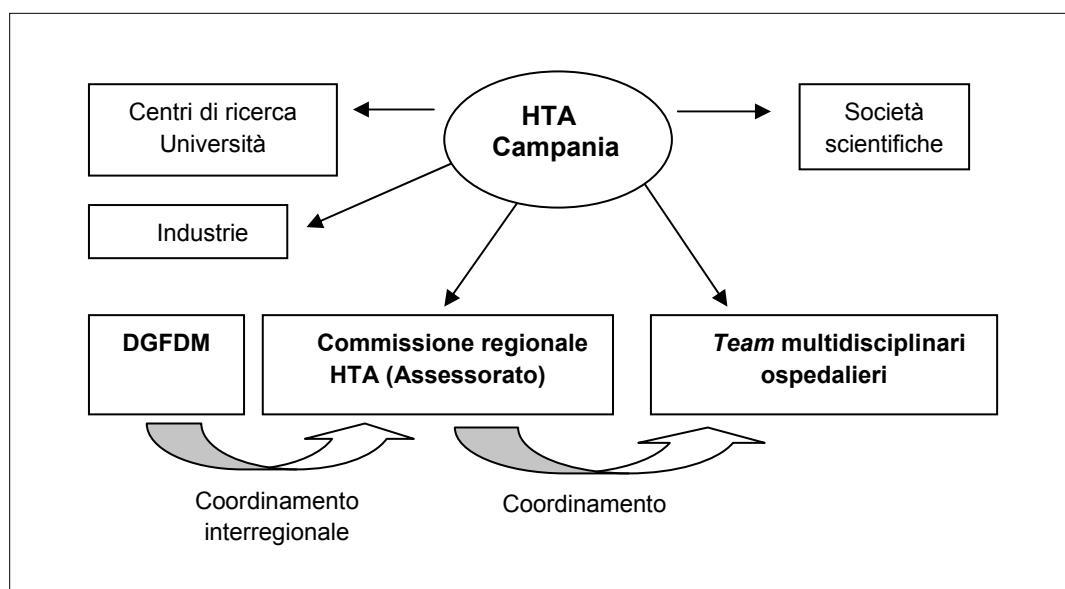
tanti dei *team* aziendali responsabili della valutazione delle tecnologie.

Molteplici i contatti già avviati con le imprese fornitrici per individuare dispositivi e procedure da valutare, nonché la disponibilità di dati clinici ed economici riferiti a questi da parte delle imprese. La Regione intende attivare, nel tempo, un sistema di relazioni proficuo e di scambio informativo tra tessuto industriale, aziende sanitarie e società scientifiche, capace di concentrare le attenzioni di tutti su prodotti e/o procedure ritenuti promettenti dai *team* aziendali relativamente ai fabbisogni della popolazione.

Tra i soggetti esterni coinvolti rientrano le associazioni di clinici e, attraverso una formale convenzione, il CIRFF (Centro interdipartimentale di farmacoconomia e farmacoutilizzazione), attivo presso la Facoltà di Farmacia dell'Università Federico II di Napoli dal 2004, individuato come centro di riferimento per le valutazioni.

In questa rete di attori, secondo i responsabili del sistema di gestione delle tecnologie, il ruolo del livello centrale deve manifestarsi attraverso il supporto tecnico e il coordinamento da parte della Direzione generale Farmaci e dispositivi medici del Ministero della salute, al fine di favorire uno scambio di esperienze tra Regioni diverse per promuovere la reciproca crescita sul tema dell'HTA. La **figura 1** rappresenta una schematizzazione del sistema di attori coinvolti nel processo

Figura 1
HTA in Regione Campania:
attori coinvolti



di valutazione delle tecnologie delineato per la Regione Campania.

Prospettive future

Le esperienze di valutazione in corso, finanziate dalla Regione Campania, riguardano il programma di *screening* uditivo neonatale, avviato nel 2006, e una valutazione economica della chirurgia robotica rispetto alla chirurgia laparoscopica per alcune patologie (surrenalectomia, ernia iatale, splenectomia) in corso presso l'Azienda ospedaliera Monaldi di Napoli.

In conclusione, la Regione Campania crede fermamente nella necessità di diffondere la cultura della valutazione basata sulle evidenze, sia rispetto all'efficacia clinica delle scelte diagnostico-terapeutiche sia all'impatto economico che tali scelte avranno sul sistema sanitario regionale e sul suo tessuto sociale ed è fermamente determinata a implementare gli strumenti dell'HTA ai diversi livelli istituzionali e organizzativi del sistema. A differenza di altri contesti, in cui l'adozione dell'HTA viene quasi «subita» come un passaggio che non sia possibile evitare dato il momento storico, la Regione Campania si pone in modo proattivo nella definizione degli strumenti tecnici che intende utilizzare nei prossimi anni e, al tempo stesso, collaborativo nei confronti di realtà che abbiano già sviluppato esperienze di HTA da cui acquisire il necessario *know how* iniziale.

La logica di apertura, condivisione e collaborazione, cui si ispira il modello di HTA disegnato per la Campania, prevede per il prossimo futuro un investimento significativo nella formazione delle competenze necessarie per la implementazione dei processi di HTA e un crescente confronto sul tema con altre Regioni (più fattibile attraverso la recente nascita di RIHTA), in cui lo sviluppo di certi strumenti di governo sia stato antecedente e i cui risultati siano pertanto già visibili, o con realtà internazionali che abbiano già maturato tali competenze.

3.2. La Regione Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna manifesta una spiccata attenzione nei confronti dell'adozione di tecnologie innovative in ambito sanitario, in grado di qualificare i servizi

assistenziali e rispondere alle aspettative dei professionisti, dei pazienti e delle comunità di riferimento. Questo ambito di interesse si accompagna alla percezione della necessità di un governo complessivo delle risorse ulteriori, o di nuove e diverse modalità di impiego di quelle già disponibili, soprattutto quelle a elevato carattere innovativo, (i) per armonizzare le spinte aziendali al cambiamento con le esigenze del Servizio sanitario regionale nel suo insieme, (ii) per garantire la sostenibilità economica del sistema, evitare duplicazioni e ridondanze nei servizi, (iii) per consentire una programmazione che tuteli una dislocazione delle tecnologie funzionale a garantirne l'accessibilità su tutto il territorio regionale, oltre che (iv) una valutazione d'impatto preliminare all'introduzione della tecnologia che delimiti opportunamente gli ambiti clinici di applicazione e i contesti assistenziali deputati all'impiego.

Sulla base di questa impostazione, il sistema di gestione dell'innovazione della Regione si è sviluppato progressivamente, sotto il controllo sia dell'Assessorato sia, in misura prevalente, dell'Agenzia sanitaria regionale, arrivando a istituire, nel 2007, un Osservatorio regionale per l'innovazione (Ori) che risponde alle indicazioni del Piano sociale e sanitario 2007-2009, coinvolge anche le Direzioni generali, i Collegi di direzione delle Aziende sanitarie e le Università e rappresenta, in definitiva, il luogo primario della gestione e del governo dell'innovazione per il Ssr. Questa iniziativa fa seguito a una serie di progetti precedenti di successo sul tema della innovazione e della ricerca sanitaria, primo fra tutti il programma PriER (Programma ricerca e innovazione per l'Emilia Romagna) nell'ambito del quale sono state portate a termine iniziative su aree cliniche strategiche o tematiche di innovazione organizzativa e gestionale. Visti gli esiti positivi, il programma è stato nuovamente finanziato per il triennio 2009-2011 con gli obiettivi di sviluppare relazioni strategiche collaborative tra Ssr e industria farmaceutica e biomedicale, potenziare l'infrastruttura aziendale e regionale per la ricerca e l'innovazione (e.g. Anagrafe regionale della ricerca e innovazione, database clinici, sostegno sistematico all'attività dei Comitati etici) e continuare a finanziare giovani ricercatori anche attraverso periodi di stage presso Agenzie e organiz-

zazioni internazionali impegnate nel campo della ricerca sanitaria e dell'*Health Technology Assessment* (es. rete di centri aderenti al programma EUnetHTA).

Il processo di gestione dell'innovazione tecnologica

L'ORI presidia praticamente tutte le fasi di un processo compiuto di gestione della variabile tecnologica in ambito sanitario, a partire dalla raccolta, presso i singoli contesti aziendali, di segnalazioni relative agli orientamenti o intenti che le aziende vanno maturando per quanto riguarda l'innovazione dei servizi e le tecnologie da acquisire. Questa attività è differente dalla pratica di *Horizon Scanning*, e può più correttamente definirsi *Environmental Scanning*, avendo come campo di osservazione privilegiato il contesto socio-sanitario regionale. La spinta iniziale all'approfondimento di temi connessi all'impiego di una nuova tecnologia proviene prevalentemente dagli ambienti clinici, non avvalendosi però di una procedura sistematica, piuttosto fondandosi su una relazione costruttiva di reciproco scambio tra aree professionali e ORI. Il referente dell'osservatorio presso ciascuna azienda sanitaria raccoglie le richieste provenienti dal proprio contesto e le pone all'attenzione dell'ORI, il quale si attiva per fornire le informazioni e le risposte richieste.

Nel caso di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche (quelle caratterizzate da elevati costi di investimento o di manutenzione/esercizio, da un significativo impatto economico sulle aziende e sul sistema sanitario regionale nel suo insieme) il ruolo dell'ORI è quello di supportare l'elaborazione, a livello di area vasta o regionale, di un Piano di adozione, che approfondisca le implicazioni cliniche, organizzative ed economiche, oltre che la stima del fabbisogno e delle eventuali ricadute sul piano della ricerca e della formazione professionale, connesse all'acquisizione della nuova tecnologia.

Questa fase preliminare è essenziale anche perché, in caso di valutazioni negative di utilità, sostenibilità e strategicità della proposta di innovazione, l'Agenzia reindirizza le aspirazioni dell'Azienda sanitaria verso investimenti in innovazione clinico-tecnologica o

organizzativa più utili e remunerativi per la stessa realtà e per il contesto regionale.

Come evidenziato in **tabella 3**, riassuntiva dell'intero processo di HTA in Regione Emilia Romagna, il processo di selezione delle tecnologie più rilevanti attualmente si realizza in maniera implicita, sulla base di criteri essenzialmente riconducibili alla rilevanza dell'interesse dell'Azienda e alla rilevanza intrinseca di una tecnologia, sebbene si stia valutando l'opportunità di definire procedure formali di *Priority Setting* in seno all'Agenzia sanitaria regionale.

La stessa Asr si occupa della valutazione delle tecnologie sanitarie (*assessment*) focalizzandosi sull'impatto che l'adozione di forme di innovazione tecnologica, clinica e organizzativa ha a livello aziendale e di sistema di aziende, e sulla disponibilità di competenze/capacità, o sulle responsabilità da attivare, presso le organizzazioni sanitarie, indispensabili per l'acquisizione e lo sviluppo della nuova risorsa. Concretamente l'Agenzia svolge le analisi e gli approfondimenti necessari, in particolare valutazioni di efficacia e costo-efficacia, esame dei profili attuali di cura, stima del bacino di pazienti eleggibili alle prestazioni erogate con l'ausilio della nuova tecnologia.

Le decisioni finali sugli acquisti, sull'allocazione di risorse a una determinata innovazione, sulla rimborsabilità, sulle tariffe di prestazioni interessate dalle nuove acquisizioni o sul finanziamento di queste sono di carattere evidentemente politico e, dunque, principalmente in capo all'Assessorato (*impatto sulle politiche sanitarie*).

Sul tema del finanziamento, comunque, occorre distinguere tra alte tecnologie diagnostico-terapeutiche e categorie restanti di dispositivi medici, e precisare che non esiste un *iter* standard. A titolo esemplificativo, si può citare il caso della diffusione degli *stents* medicati (*drug eluting stents*) nella pratica clinica in sostituzione dei tradizionali componenti metallici, cui è seguita la modifica della tariffa della prestazione di angioplastica correlata e, dopo qualche anno, il ricorso a un nuovo codice Drg (Drg 517) associato alla stessa prestazione, secondo la versione 19 dei *Medicare Drg*. Per le nuove tecnologie che richiedono modifiche dei percorsi o dei profili assistenziali, apprendimento e formazione per i vari operatori, ricerca sugli

Fase	Soggetti coinvolti	Attività
<i>Environmental Scanning</i>	Referente ORI Clinici	Segnalazione di nuove tecnologie che si intende adottare nella pratica clinica
<i>Priority-setting</i>	Assessorato Ars	Criteri impliciti essenzialmente relativi alla rilevanza della tecnologia e dell'interesse dell'Azienda o Ssr
<i>Appraisal</i>	Ori Ars Sottocommissioni Assessorato Gruppi di professionisti CRDM (*)	Valutazione dell'impatto clinico, economico e organizzativo dell'adozione della tecnologia a vari livelli del Ssr (o stesura di Piani di adozione per alte tecnologie)
Decisioni (Politiche tariffarie e Acquisti)	Assessorato Intercent ER Ars	Il processo istruttorio allestito dall'Ars fornisce gli strumenti per decidere sulle politiche tariffarie e sull'articolazione dei capitolati di gara
<i>Dissemination</i>	ORI	Comunicazioni attraverso il sito istituzionale; <i>workshop</i>
<i>Follow-up</i>	Assessorato Ori CADM ¹⁹	Monitoraggio su uso, dati di spesa e consumi disponibili grazie anche a Registri ed evoluzioni di sperimentazioni in corso

Tabella 3
Il modello di gestione dell'innovazione tecnologica in Regione Emilia Romagna

(*) Cfr. paragrafo «I soggetti coinvolti e le relazioni con altri attori».

outcome e sugli impatti prodotti a vari livelli, i meccanismi di revisione tariffaria non sono altrettanto immediati ma richiedono tempi intermedi di osservazione e allestimento di un processo istruttorio che fornisca all'Assessorato tutti gli strumenti per decidere a riguardo delle politiche tariffarie correlate.

Il peso degli studi o dei *report* prodotti dalla tecnostuttura sulle decisioni regionali in materia di innovazione tecnologica non è dunque irrilevante, neppure nel momento in cui, grazie a finanziamenti di terzi (istituzioni locali, benefattori privati), apparecchiature a elevato carattere innovativo si rendano disponibili nel contesto sanitario aziendale o regionale.

L'eccellenza e lo sviluppo dei processi di governo delle tecnologie in Regione Emilia-Romagna si può ravvisare nelle iniziative di collegamento tra studi di HTA e articolazione dei capitolati di gara, dunque *procurement* delle Aziende del Servizio sanitario regionale (*impatto sulle politiche sanitarie*), che aderiscono tutte, dal 2005, all'Agenzia regionale per l'acquisto di beni e servizi (Intercent-Er). Insieme ad altri enti pubblici della Regione, esse sono tenute a utilizzare

le convenzioni stipulate dalla stessa Agenzia per i propri acquisti in ambito di categorie di spesa comuni a tutte le Amministrazioni (energia, telefonia, banche dati) ma anche specifiche sanitarie (farmaci, dispositivi medici e attrezzature), con procedure di gara per l'acquisto dei farmaci, a partire dal 2008, affrontate a livello di area vasta.

Rispetto alla finalità di innovare i processi di acquisto sulla base di elementi di razionalità economica, un progetto finanziato nell'ambito del programma Pri-ER si concentra su defibrillatori, *pacemaker* e protesi d'anca, con l'obiettivo di sperimentare, con la collaborazione di gruppi di lavoro comprendenti le competenze cliniche ed economiche necessarie, approcci metodologici innovativi che consentano l'aggregazione di questi prodotti in classi equivalenti per indicazioni cliniche di impiego ed efficacia, analogamente a quanto già avviene per i farmaci (le cui gare di acquisto su base di area vasta sono state oggetto di analisi nell'ambito dello stesso studio).

Quanto fin qui emerso sui compiti dell'Osservatorio regionale per l'innovazione suggerisce un suo coinvolgimento nella

diffusione (*dissemination*) dei risultati delle sue attività e nel *monitoraggio* dell'utilizzo di tecnologie promosse, acquisite o sviluppate nell'ambito delle attività dell'ente, (come il robot da Vinci o i sistemi di tomoterapia) legato alla evoluzione delle sperimentazioni in corso sulle stesse apparecchiature. A livello più generale, l'Assessorato può accedere a informazioni sulla situazione dei dispositivi installati anche tramite registri (e.g. Registro regionale degli interventi di angioplastica coronarica - Real, Registro dell'implantologia Protesica Ortopedica - Ripò).

I soggetti coinvolti e le relazioni con altri attori

Le fasi del processo di gestione dell'innovazione interessano sia l'Agenzia, per aspetti tecnico-scientifici e di ricerca, sia l'Assessorato, per ciò che riguarda flussi informativi, acquisti, politiche tariffarie e di finanziamento, sia loro sottogruppi o commissioni (e.g. Servizio presidi ospedalieri, Sistema informativo regionale, Gruppo regionale tecnologie sanitarie, altri servizi della Direzione generale Sanità e politiche sociali coinvolti sul tema dei DM), espressamente creati per affrontare in maniera efficace le varie tematiche con cui la gestione dell'assistenza sanitaria inevitabilmente porta a confrontarsi.

Recentemente¹¹ è stato definito nella Regione Emilia Romagna il sistema regionale dei dispositivi medici, composto da due nuovi attori del processo di gestione dell'innovazione tecnologica: una Commissione re-

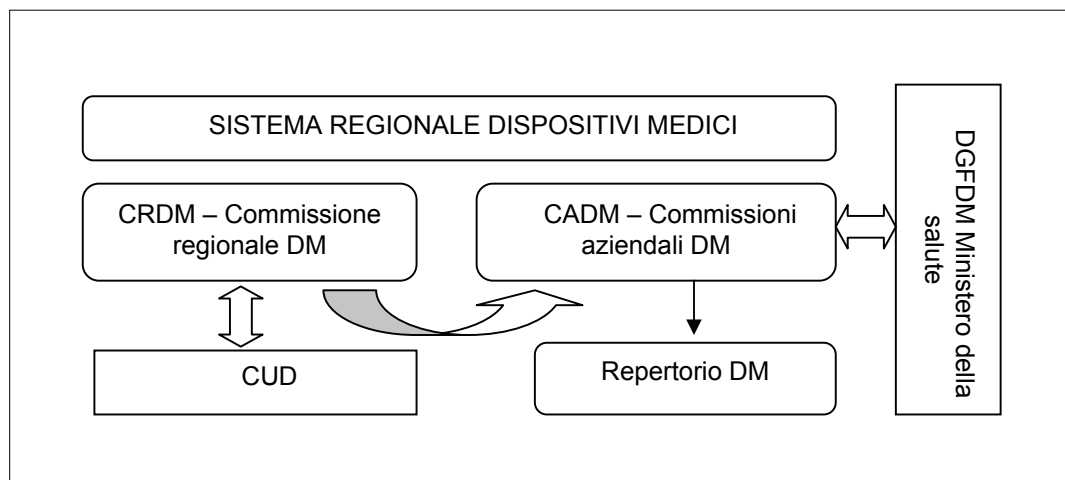
gionale per i dispositivi medici (CRDM) e le Commissioni aziendali per i dispositivi medici (CADM). Queste elaborano i Repertori dei dispositivi medici, a partire dai prodotti di uso consolidato e diffuso e da requisiti tecnico-qualitativi, ed eventualmente economici, per orientare la scelta nella pratica clinica presso le Aziende sanitarie (**figura 2**).

La CRDM è stata istituita con la finalità di (i) assicurare il necessario collegamento tra il livello nazionale (Cud) e quello locale, (ii) coordinare la rete regionale delle Commissioni aziendali dispositivi medici, (iii) condurre analisi su consumi e spesa locali, con possibilità di confronto dei dati tra strutture di analoga complessità, (iv) fornire indicazioni alle Aziende per le scelte sui nuovi prodotti in base ad analisi di *Health Technology Assessment*. Secondo lo stesso riferimento normativo, le funzioni attribuite alle CADM¹² riguardano, oltre alla definizione e aggiornamento del Repertorio aziendale dei DM, (i) le analisi di consumi e spesa per aree omogenee di utilizzo, (ii) i rapporti con il livello centrale e l'espletamento delle richieste provenienti dal Ministero della salute (flusso informativo di monitoraggio dell'impiego dei DM, aggiornamenti della CND, attività di sorveglianza e vigilanza sui DM).

I rapporti fra livello regionale e locale esplicitati attraverso la relazione tra Commissione regionale e Commissioni aziendali sono improntati alla reciproca collaborazione, alla valorizzazione dell'esperienza del livello locale derivante dall'utilizzo diretto dei DM, sotto il coordinamento degli indi-

Figura 2

Composizione e relazioni interne al Sistema Regionale DM



rizzi regionali. Le Commissioni aziendali riferiscono annualmente alla Commissione regionale l'attività svolta tramite una relazione sintetica, mentre la CRDM invierà linee guida e criteri di indirizzo di utilità per i nuovi gruppi aziendali nell'attività di supporto alle rispettive Direzioni aziendali e Collegi di direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuovi prodotti a elevato impatto clinico, organizzativo ed economico.

La proposta della Regione Emilia Romagna, sicuramente pionieristica nel panorama nazionale, si caratterizza per la volontà di capillarizzare la cultura della innovazione, e della gestione di questa, a livello di singola azienda, pur avvalendosi di supporti e riferimenti a livello regionale (e centrale).

Altri soggetti esterni sono coinvolti nel processo di gestione dell'innovazione tecnologica, in maniera non sistematica e relativamente ad alcuni aspetti specifici dell'intero processo: i professionisti, o loro associazioni, sono interpellati quando è necessario approfondire particolari elementi clinico-scientifici; l'industria è generalmente coinvolta quando occorrono conoscenze approfondite su un dispositivo o cautele per un uso efficace dello stesso, o, più frequentemente, in caso di progetti di ricerca in collaborazione, secondo modalità di *partnership* nella gestione dei vari studi. Infatti, per innovare le modalità di relazione tra soggetti «interni» al Ssr e le imprese è stato istituito un Comitato di indirizzo¹³ che dovrebbe prevedere, per esempio, momenti di confronto e dibattito in cui i filoni di ricerca innovativa avviati dall'industria abbiano modo di essere valutati alla luce delle effettive esigenze di sviluppo dei servizi. Questi ambiti di confronto dovrebbero quindi essere funzionali sia a un efficace *Horizon Scanning*, secondo la definizione più comune attribuita a questa attività, sia, più in generale, alla individuazione di temi su cui avviare successivamente progetti collaborativi.

Il coinvolgimento della componente paziente nel processo, per tramite di associazioni o campioni di soggetti, non è sistematico e riguarda questioni valoriali o tipicamente aspetti di qualità della vita inclusi negli studi clinici.

Rispetto al ruolo del livello centrale, gli spazi di collaborazione aperti riguardano l'individuazione delle tecnologie prioritarie, sul

quale il ruolo della Commissione unica dei dispositivi (Cud) è determinante, e la consulenza su temi connessi alla gestione dell'innovazione tecnologica (prevalentemente da parte di Age.Na.S.), o il finanziamento di valutazioni finalizzate che esprimono un fabbisogno emerso ai tavoli interregionali di confronto.

Prima di ipotizzare il ricorso a consulenze esterne sui temi dell'HTA, la tendenza è dunque quella di sopperire alle richieste di intervento facendo ricorso a risorse interne, a ricollocazioni, a relazioni positive instaurate con enti costituiti con le medesime finalità presso altre Regioni, al livello centrale o internazionale. Così come il Veneto, infatti, la Regione Emilia Romagna ha attivato una serie di contatti internazionali finalizzati alla condivisione di informazioni, rapporti, metodologie e problematiche alle quali fornire risposte condivise. Il contenitore principale di queste relazioni è, probabilmente, il progetto EUnetHTA per il quale l'adesione è stata rinnovata per il triennio 2010-2012.

Prospettive future

Secondo il Piano di attività 2010, nella Regione Emilia Romagna le attività dell'Osservatorio ricerca e innovazione proseguiranno con la definizione di un meccanismo di sostegno al governo dei processi aziendali di adozione, diffusione e valutazione delle innovazioni tecnologiche e clinico-organizzative, delineato in forma preliminare nel 2009, e la realizzazione di progetti di valutazione di alte tecnologie finalizzate alla definizione di piani regionali di adozione e diffusione, anch'essa avviata nel 2009. I progetti finanziati per il 2010 porteranno alla formulazione di raccomandazioni (criteri di utilizzo appropriato della Tac-Pet in oncologia), valutazioni preliminari (protonterapia), short report (*Neurowave*, sistema complesso di stimolazione e monitoraggio di pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza).

L'orientamento all'applicabilità, all'implementazione, alla sostenibilità e valutazione prospettica di impatto dell'adozione di forme di innovazione tecnologica, clinica e organizzativa caratterizzano l'attività dell'Ori, nato non come agenzia di HTA o centro di ricerca metodologica, ma in risposta all'esigenza di supportare le decisioni

allocative delle realtà aziendali e regionale del proprio territorio con gli strumenti della razionalità economica.¹⁴

La formazione e la diffusione del *know-how* e dei risultati delle attività rientrano tra le linee di sviluppo previste, implementate attraverso modalità diverse (sviluppo del sito *web* dell'Osservatorio regionale per l'innovazione, attivazione di laboratori per le innovazioni o del gruppo metodologico di supporto all'attività di ricerca).

Oltre che nel paradigma della trasferibilità e operativizzazione delle iniziative, le prospettive di sviluppo nel lungo periodo per le attività e gli interessi dei soggetti coinvolti nella gestione dell'innovazione tecnologica nella Regione Emilia Romagna si insedieranno nel solco del rafforzamento della rete interna di Commissioni aziendali recentemente istituite e nella ricerca di collaborazioni o consolidamento delle relazioni esistenti con strutture gemelle di altre realtà regionali, nazionali e internazionali.

3.3. La Regione Friuli Venezia Giulia

La Regione FVG non ha formalmente attivato un programma di HTA, né con riferimento alla singola fase di valutazione delle tecnologie, né riferito alla gestione delle tecnologie, dalla loro individuazione precoce alla diffusione di raccomandazioni sul loro utilizzo. Tuttavia, la Regione manifesta sensibilità riconosciute nella gestione delle tecnologie, grazie alle quali sono state realizzate diverse iniziative finalizzate a diffondere una cultura della conoscenza e valorizzazione dell'innovazione tecnologica, note anche al di là dei confini regionali. Un esempio rilevante è l'esperienza dell'Osservatorio prezzi e tecnologie (OPT), che ha avuto un ruolo di riferimento nel panorama nazionale. Dapprima focalizzata sugli aspetti di classificazione delle tecnologie, l'attività dell'OPT si è estesa alla rilevazione di dati economici, schede tecniche ed eventi di acquisto per singolo modello o classe tecnologica, prevedendo la diffusione *online* del ritorno informativo delle ricerche.

Il principale soggetto di tale sistema è stato, fino all'inizio del 2010, l'Agenzia regionale sanitaria (Ars),¹⁵ che non solo, come avviene in altre Regioni, ha avuto una funzione di supporto tecnico alle decisioni politiche,

ma anche il compito di tradurre le politiche regionali in programmazione attuativa. La gestione dell'innovazione tecnologica era in capo all'area Tecnologie e investimenti, in collaborazione con l'area dell'Osservazione epidemiologica.

L'Ars interveniva, di fatto, nella fase iniziale del processo di gestione dell'innovazione tecnologica, non secondo una procedura definita. Nello specifico: il monitoraggio delle tecnologie emergenti (*Horizon Scanning*) e la selezione delle tecnologie più rilevanti (*priority-setting*) si manifestavano nel censimento delle proposte di innovazione o introduzione di tecnologie prospettate dalle singole aziende sanitarie, in sede di verifica e negoziazione dei piani annuali di investimento. La valutazione vera e propria delle tecnologie è stata effettuata solo sporadicamente sebbene, in linea di principio, sussistano i requisiti informativi derivanti dal Sistema informativo regionale e dalle attività routinarie di monitoraggio dei flussi di consumo utili per condurre studi di HTA. Altrettanto isolati sono esempi di definizione di modalità di finanziamento *ad hoc*, linee guida e altri strumenti di indirizzo al comportamento clinico.

Affiancata dal Centro servizi condivisi (CSC) (cfr. *infra*), l'Ars si è occupata anche degli acquisti, stilando capitolati unici regionali, definiti in relazione alle funzioni e al mandato delle aziende sanitarie interessate all'acquisizione in collaborazione con referenti aziendali, società scientifiche, e curando lo svolgimento di gare centralizzate suddivise in lotti per le quali la stessa Ars, indicava i componenti delle commissioni di valutazione.

Il rinnovamento della governance del Ssr della Regione Friuli Venezia Giulia

Entrambi gli enti coinvolti nel processo di gestione della variabile tecnologica sono stati soppressi, ai sensi dell'Art. 10 della L. reg. 12/09 relativo alle misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria, provvedimento che rinnova completamente il modello di *governance* del sistema sociosanitario regionale.

L'Agenzia regionale della sanità è stata soppressa, a partire dal 1° gennaio 2010, dopo il commissariamento affidato al direttore

centrale della Direzione salute e protezione sociale, iniziato il 1° ottobre 2009. La stessa norma prevede che le funzioni dell'Agenzia regionale della sanità siano trasferite alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

Il Centro servizi condivisi, costituito con L. reg. n. 20/04 come consorzio obbligatorio delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia, aveva l'obiettivo di razionalizzare le attività tecnico-amministrative di supporto alla funzione sanitaria delle aziende del Ssr. Le funzioni del Centro servizi condivisi e le relative attività sono transitate, a partire dal 2010, al Dipartimento servizi condivisi dell'Azienda ospedaliero-universitaria «S. Maria della Misericordia» di Udine.¹⁶

Quale peso attribuirà il nuovo assetto di *governance* del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia all'implementazione di un processo strutturato di valutazione delle tecnologie sanitarie a supporto delle decisioni relative all'innovazione tecnologica nelle strutture sanitarie?

Le linee di gestione 2010 per il Ssr si ispirano alla scelta strategica dell'amministrazione regionale di garantire la sostenibilità degli interventi nei settori della sanità e dei servizi sociali, attraverso una politica regionale di bilancio improntata a tagli e contenimento dei costi, a un rigoroso governo delle risorse e a un uso razionale dei fattori produttivi, oltre che a un efficace e puntuale controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale.

In un quadro generale di orientamento costante al recupero di risorse, risparmio, ricerca di economie di spesa, le richieste aziendali di rinnovo tecnologico per apparecchiature di rilievo, accompagnate da una generica «motivazione» all'acquisizione formulata dalle stesse aziende sanitarie, saranno valutate sulla base delle quote rese disponibili per il finanziamento degli investimenti in tecnologie di rilievo regionale.¹⁷ Lo stesso paradigma è applicato al piano degli investimenti aziendali.

Tuttavia, nel Pssr 2010-2012 è ribadito, tra le principali tendenze d'azione per il prossimo triennio, lo sviluppo di una politica dell'innovazione tecnologica finalizzata al governo del suo impatto sulla gestione dei servizi. Gli ambiti individuati per la promozione di progetti di innovazione sono quelli

della telemedicina, dell'ottimizzazione dei sistemi di comunicazione e gestione documentale elettronici, a prosecuzione o completamento, quindi, del programma strategico di realizzazione di un sistema *Pacs (Picture Archiving and Communication System)* multidisciplinare regionale avviato nel 2008. Inoltre, come indicazione organizzativa particolare, lo stesso documento raccomanda di far precedere la richiesta di acquisizione di nuove tecnologie e l'utilizzo di terapie «ad alto costo» da studi redatti secondo i criteri dell'HTA.

In conclusione, la Regione FVG dovrà far leva, nel prossimo futuro, sui margini per azioni di riordino e riorganizzazione ancora concessi per rispetto dare spazio ai contenuti del Pssr 2010-2012 finora non ancora affrontati.

3.4. La Regione Lombardia

La Regione Lombardia ha formalmente attivato un percorso strutturato di gestione dell'innovazione tecnologica sin dal 2001,¹⁸ approvando la prima iniziativa regionale nell'ambito dell'adozione delle tecnologie sanitarie innovative. Partendo dalla premessa che occorre dotare la Regione di strumenti che permettessero di affrontare in modo corretto le esigenze poste dalle tecnologie innovative, soprattutto per le conseguenze sul versante degli adeguamenti tariffari, il percorso di valutazione delle tecnologie innovative in ambito sanitario si focalizzava su quelle tecnologie che avessero concluso l'*iter* della sperimentazione clinica, ovvero fossero in possesso del marchio CE nel caso di DM. Il percorso predisposto si articolava in dieci fasi specifiche: dalla individuazione e specificazione del problema da valutare, su segnalazione di enti accreditati, società scientifiche e ordini professionali, alla determinazione di una commissione consultiva – di fatto valutativa – che comprendeva figure scelte dalla Direzione generale sanità della Regione, affiancate da figure con competenze specialistiche, alla raccolta di evidenze, formulazione di sintesi e raccomandazioni, alla valutazione di impatto.

Più recentemente,¹⁹ la Regione si è dotata di un sistema più complesso e strutturato di valutazione delle tecnologie sanitarie (VTS-HTA), avviato nel gennaio del 2010, avente

per oggetto i farmaci, i dispositivi biomedici, le tecnologie diagnostico-terapeutiche e i percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi. Di fatto, quindi, quest'ultima delibera introduce un'accezione ampia relativamente all'oggetto delle valutazioni e adotta l'impostazione dell'*assessment* non direttamente correlato a specifiche *policy* regionali (politiche tariffarie, acquisti) ma con ruolo di indirizzo, coordinamento, supporto alle politiche allocative.

Il processo di gestione dell'innovazione tecnologica

Il processo prende avvio con l'avanzamento di una richiesta di valutazione, da effettuarsi mediante modulo preimpostato²⁰ con allegata documentazione, da parte di enti interni o esterni al Ssr: Asl, Ao, Fondazioni del Ssr o altri soggetti accreditati erogatori di prestazioni, imprese del settore, università lombarde.

La normativa ha previsto l'istituzione di un Nucleo di valutazione delle priorità e dei conflitti di interesse (NVPCI), con compiti di (i) definire le priorità di valutazione secondo criteri specifici (rilevanza tecnica, sicurezza, *efficacy*, *effectiveness*, impatto economico-finanziario, etico, sociale e organizzativo, equità), (ii) accertare preventivamente l'eventuale esistenza di conflitti di interesse degli esperti accreditati che possono essere chiamati a predisporre i rapporti di valutazione e le analisi di impatto delle tecnologie sanitarie. Infatti, il processo prevede l'allestimento di un elenco aggiornabile di esperti accreditati chiamati a produrre, sulla scorta di indirizzi metodologici espliciti e con il supporto di liste di controllo e *format* predefiniti, rapporti di valutazione e analisi di impatto delle tecnologie sanitarie e dei processi di cura (Schede di valutazione di Tecnologia sanitaria e Valutazioni di efficacia comparata).²¹

Un altro organo supporta l'implementazione del programma VTS-HTA, ovvero il Tavolo tecnico regionale per l'appropriatezza in medicina (TTAM),²² i cui componenti sono stati nominati congiuntamente ai membri del NVPCI (cfr. *infra*). Il TTAM è chiamato a validare i rapporti di valutazione e le analisi di impatto delle tecnologie sanitarie e a supportare la DG sanità nella imple-

mentazione di regolamentazioni mirate alla sostituzione di tecnologie meno efficaci con tecnologie innovative e vantaggiose dal punto di vista costo-efficacia.

Si è quindi di fronte a uno schema logico che si articola in:

a) fase preliminare di analisi delle richieste di valutazione e di verifica dell'esistenza di conflitti di interesse da parte del Nucleo di valutazione;

b) stesura di *report* di valutazione e di impatto sulla base di logiche multidisciplinari da parte di esperti accreditati, selezionati di volta in volta con attenzione all'assenza dei conflitti di interesse e operanti in modalità *blind* in analogia al modello *peer review* della letteratura scientifica;

c) validazione *ex-post* delle analisi da parte del TTAM;

d) implementazione di indirizzi e regolamentazioni da parte della Direzione generale sanità con il supporto del TTAM.

Il processo VTS-HTA comprende complessivamente 14 attività, distinte in tre fasi, con il coinvolgimento degli attori e output attesi illustrati di seguito (tabella 4).

Le valutazioni comparative e raccomandazioni finali rappresentano il momento conclusivo e più importante dell'intero processo e si configurano come contributi informativi a supporto delle decisioni, classificate come allocative (tariffe ed eventuali rimborsi extra-tariffa), applicative (intensità e frequenza di prescrizione e di impiego) e valutative (*audit* clinici o controlli esterni di appropriatezza specifica per percorso diagnostico-terapeutico), oltre che come momenti formativi, elementi qualificanti e di aggiornamento per varie professionalità coinvolte. Il processo di HTA si affianca, dunque, a un esteso programma di formazione degli operatori del Ssr lombardo, considerata una priorità dato il diffuso coinvolgimento del territorio nelle richieste di valutazione e nell'analisi dei *report* degli esperti e, ovviamente, come soggetti privilegiati cui sono indirizzate le raccomandazioni regionali.

Il modello lombardo si caratterizza per l'estrema formalizzazione a livello procedurale, lascia aperte, tuttavia, alcune questioni. In primo luogo, la distinzione più volte ricordata tra valutazioni e conseguenti raccoman-

Fasi	Attori	Output
Fase A - Identificazione delle necessità di valutazione e delle priorità per il sistema sanitario	Regione Lombardia NVPCI Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, Imprese, Università	Database di richieste di valutazione
Fase B - Reperimento e analisi delle documentazioni di efficacia disponibili, stesura dei report di valutazione e analisi di impatto	Regione Lombardia NVPCI Esperti accreditati TTAM	Database di schede di valutazione delle tecnologie e di efficacia comparative
Fase C - Valutazione critica delle documentazioni di efficacia, comprensiva del giudizio circa il significato pratico (applicazione) nella prospettiva del sistema sanitario	Regione Lombardia TTAM Esperti accreditati	Database di raccomandazioni di uso di tecnologie sanitarie specifiche, aggiornato e validato a livello regionale

Tabella 4
Il processo di valutazione delle tecnologie sanitarie in Regione Lombardia

dazioni, da una parte, e politiche regionali (ad esempio tariffe, rimborsi extra-tariffa) e analisi di impatto delle raccomandazioni stesse, dall'altra. In secondo luogo, il livello di coerenza/indirizzo dell'output finale del processo di valutazione che non è esplicitato in sede di delibera.

I soggetti coinvolti e le relazioni con altri attori

Nella **figura 3** è descritto schematicamente il sistema di attori coinvolto nel programma di valutazione delle tecnologie sanitarie della Regione Lombardia. Il processo VTS-HTA delineato ha portato alla nascita

di nuovi organismi in seno alla Regione o alla ridefinizione di attività di enti esistenti espressamente finalizzati alla conduzione di alcune fasi del processo: il NVPCI, il TTAM e l'elenco di esperti accreditati per lo svolgimento di valutazioni e analisi di impatto delle tecnologie sanitarie.

Gli operatori del Ssr e le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate sono coinvolti ampiamente nel programma VTS-HTA, come evidenziato in precedenza, sia nella fase di segnalazione delle tecnologie sia come destinatari delle raccomandazioni scaturite dalle valutazioni.

La segnalazione di richieste di valutazione può provenire anche da attori «esterni» al

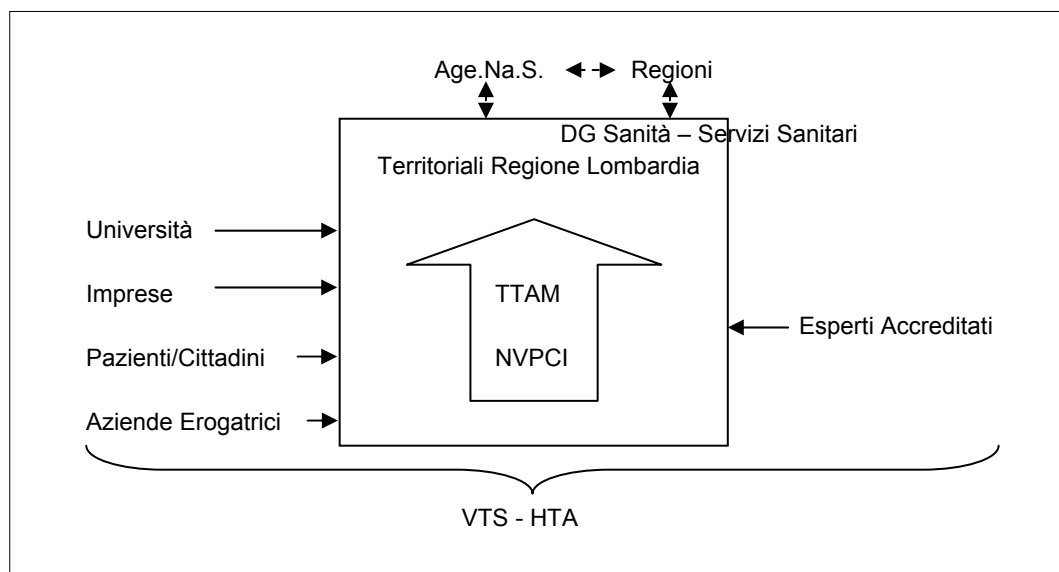


Figura 3
I soggetti coinvolti nel programma VTS-HTA della Regione Lombardia

Ssr: università e imprese del settore. Le relazioni con questi *stakeholder*, con i pazienti e i cittadini, nella forma di consultazioni con le rispettive associazioni di rappresentanza, potranno contribuire anche alla eventuale revisione delle linee-guida e metodologie del processo, ovvero potranno essere utilizzate per eventuale *re-assessment* delle attività svolte.

La funzione attesa dal livello centrale, identificato con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, è quella di coordinamento di una rete nazionale di osservatori regionali per l'eccellenza clinica, che condivida informazioni, metodologie e supporti gli studi di valutazione comparativa di efficacia, attraverso anche il potenziamento e la diffusione di registri di patologia e di analisi secondaria dei *database* amministrativi. Questo ultimo tema, peraltro, è stato indicato come ambito prioritario di collaborazione tra Regioni stesse, partendo dalla definizione condivisa di un *pool* di tecnologie specifiche per le principali categorie dei livelli essenziali di assistenza.

Prospettive future

Nel prossimo futuro la Regione Lombardia si focalizzerà sul consolidamento del programma regionale di VTS-HTA avviato dal 18 gennaio 2010 con la raccolta delle richieste di valutazione e con le attività di competenza del NVPCI e da ritenersi in fase di sperimentazione per il primo anno.

Con riferimento alle prospettive di medio termine, la Regione ha delineato le principali priorità evidenziate nella esplorazione di modelli PBMA (*Programme Budgeting and Marginal Analysis*) a supporto della fase di prioritizzazione dei rapporti HTA,²³ nello sviluppo di analisi di impatto delle tecnologie sui PDTA (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e riabilitativi), in particolare, l'identificazione di determinanti tecnologici e organizzativi per l'evoluzione dei percorsi e l'uso appropriato delle tecnologie, nonché l'ulteriore sviluppo del sistema di analisi della BDA (Banca dati assistito) per una maggiore integrazione con dati e fonti di conoscenza (e.g. reti collaborative di professionisti) utili per la verifica degli esiti di interesse sanitario.

3.5. La Regione Veneto

Il processo di gestione dell'innovazione tecnologica

La Regione Veneto presenta uno dei modelli più strutturati di gestione delle tecnologie sanitarie, con una chiara allocazione delle competenze rispetto alle tecnologie oggetto di valutazione (farmaci, dispositivi medici e grandi tecnologie) e ai soggetti coinvolti nel processo di gestione delle stesse, articolato in più fasi: dalla individuazione precoce (*horizon scanning*) alla definizione delle priorità rispetto alle tecnologie da valutare (*priority-setting*), alla loro valutazione e successiva traduzione in raccomandazioni (*appraisal*) e utilizzo di queste in scelte di *policy* (e.g. inserimento nei prontuari farmaceutici e nel repertorio unico sui dispositivi medici, allocazione delle grandi tecnologie sul territorio, individuazione di sistemi di finanziamento dell'innovazione, laddove i meccanismi tariffari non consentono un loro riconoscimento, gestione degli acquisti, monitoraggio).

Il processo attuale (**figura 4**) di fatto individua per ogni fase i soggetti competenti, con una separazione:

- tra grandi tecnologie, da una parte, e dispositivi medici e farmaci dall'altra;
- tra momento tecnico (*horizon scanning* e *assessment*, con alcuni indirizzi di gestione) e momento politico (*priority-setting* e *policy-making*).

Il primo momento è in capo ai soggetti tecnici di riferimento (essenzialmente Uvef - Unità di valutazione del farmaco e Arss - Agenzia regionale socio-sanitaria), il secondo è di competenza della Regione, della Commissione per il PTORV (Prontuario terapeutico ospedaliero regionale), della Commissione tecnica per il Repertorio unico regionale dei dispositivi medici (CTRDM), della Commissione regionale per gli investimenti tecnologici e in edilizia (CRITE), delle Commissioni tecniche per le gare di farmaci. La supervisione generale delle iniziative su farmaci e dispositivi è prerogativa del Coordinamento regionale sul farmaco.

Rispetto all'*outline* del processo, vanno sottolineati due aspetti.

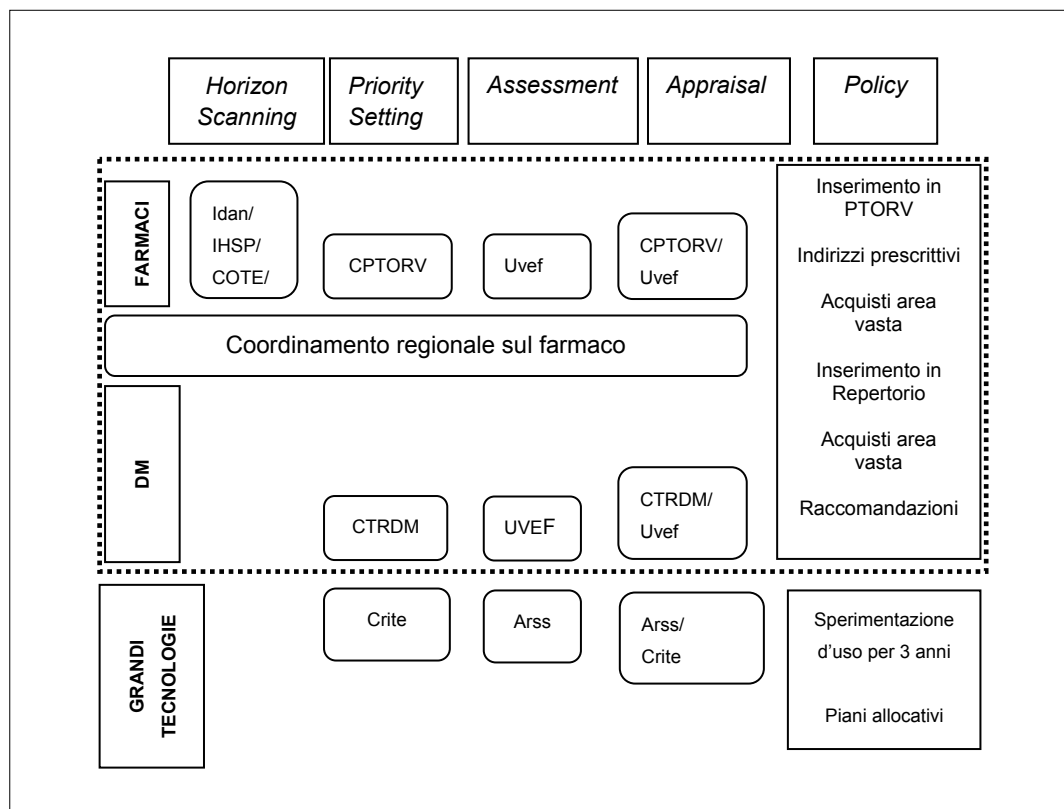


Figura 4
Il modello di gestione dell'innovazione tecnologica in Regione Veneto (*)

(*) LEGENDA: Arss (Agenzia regionale socio-sanitaria); Crite (Commissione regionale per gli investimenti tecnologici e in edilizia); CTRDM (Commissione tecnica per il repertorio unico regionale dei dispositivi medici); Idan (*Italian Drug Assessment Network*); Uvef (Unità di valutazione del farmaco); CPTORV (Commissione prontuario terapeutico ospedaliero della Regione Veneto).

In primo luogo, mentre per i farmaci (soprattutto) e le grandi tecnologie il processo è consolidato, per i dispositivi medici è stato avviato in tempi molto più recenti, con un collegamento da ottimizzare tra valutazione e scelte di *policy*. Il secondo importante aspetto da considerare è che il *framework* di riferimento per le attività connesse alla ricerca e innovazione in sanità per la Regione Veneto sono da reperirsi nel progetto triennale PriHTA - Programma per la ricerca, l'innovazione e l'HTA.²⁴ Il progetto è finalizzato a:

- integrare iniziative regionali precedenti sul tema della valutazione delle tecnologie e diffondere la cultura della valutazione delle tecnologie nelle aziende sanitarie, prevedendo un loro coinvolgimento attivo attraverso la redazione di mini-HTA o HTA aziendali;

- finanziare progetti di ricerca su tematiche considerate prioritarie dalla Regione,

scelti con procedura pubblica tra proposte di progetto che possono essere presentate in *partnership* da soggetti pubblici e privati;

- arricchire le competenze regionali sulle discipline economico-sanitarie.

Gli obiettivi del documento programmatico 2010 prevedono il consolidamento delle collaborazioni attivate a livello nazionale e internazionale, mediante collaborazioni pubblico-privato o attraverso il coordinamento di varie attività di ricerca, la predisposizione del bando per la selezione di nuovi progetti di innovazione e formazione e il *follow up* delle esperienze avviate nel primo anno di istituzione del programma. Ampio spazio è dedicato al piano di sviluppo formativo sulla valutazione delle tecnologie sanitarie rivolto alle commissioni di area vasta farmaci e dispositivi medici, per arrivare alla prima sperimentazione sui mini-HTA a partire dall'Azienda ospedaliera di Padova.

I soggetti coinvolti e le relazioni con altri attori

La Regione Veneto si è fortemente impegnata nell'attività di *Horizon Scanning*, facendosi promotrice dell'*Italian Horizon Scanning Project (IHSP)*, co-finanziato da Aifa, promosso dal Coordinamento regionale sul farmaco e gestito nello specifico dall'Uvef. Il programma è focalizzato sull'*horizon scanning* di terapie farmacologiche e, secondariamente, dei dispositivi medici, prevedendo una fase informativa, a partire da fonti medico-scientifiche e industriali, e una fase di selezione (sulla base di criteri di rilevanza terapeutica potenziale e sostenibilità) e valutazione di impatto clinico ed economico.

Per l'acquisizione di informazioni rispetto alle tecnologie emergenti, in particolare, il canale preferenziale è rappresentato dall'attivazione di collaborazioni internazionali (National Prescribing Centre di Liverpool, National Horizon Scanning Centre dell'Università di Birmingham, Haute Autorité de Santé e Odense Teaching Hospital in Danimarca). La partecipazione a progetti e iniziative internazionali è, in generale, una caratteristica del modello veneto di gestione dell'innovazione tecnologica come testimoniano l'intervento della Regione Veneto, a fianco di Aifa e Age.Na.S. in qualità di *Associated Partner*, alla Joint Action²⁵ per il *network* europeo HTA, continuazione del progetto EUnetHTA, e al progetto *Health Optimum*, entrambi finanziati dalla Comunità europea.

A livello nazionale, collaborazioni con Aifa²⁶ e Age.Na.S. (es. Cote) costituiscono la principale fonte informativa per il processo di identificazione delle tecnologie emergenti, oltre che un importante spazio di condivisione e sviluppo di iniziative e metodi di valutazione delle tecnologie sanitarie.

Sul piano regionale, contributi informativi di rilevanza non trascurabile provengono dalle aziende sanitarie, il cui ruolo si è sostanzialmente rafforzato a seguito dello sviluppo delle iniziative dei «mini HTA», previsti dal progetto PriHTA e dall'Osservatorio regionale, in capo all'Agenzia regionale socio-sanitaria.

Il cuore dell'attività di valutazione delle tecnologie a supporto dei processi decisionali (*assessment*) è l'Uvef, Unità di valutazione

dell'efficacia del farmaco, nell'ambito del Coordinamento regionale sul farmaco.²⁷

L'Uvef supporta i lavori della commissione per il prontuario terapeutico ospedaliero della Regione Veneto (PTORV)²⁸ e della Commissione per i dispositivi medici (CTRDM), attraverso la predisposizione di dossier contenenti valutazioni scientifiche ed economiche, studi epidemiologici, analisi di consumi, e si occupa di ricerca, formazione, aggiornamento sui farmaci e dispositivi medici di recente o imminente commercializzazione.

La richiesta di valutazione alla Commissione PTORV – e alla CTRDM – può essere inoltrata dalle Commissioni tecniche di area vasta, dalle società scientifiche, dalle aziende erogatrici (tramite la figura del Direttore generale), da associazioni di pazienti, imprese o organismi istituzionali della Regione Veneto. La selezione dei medicinali inclusi nel PTORV «viene effettuata adottando la metodologia e i criteri del Technology Assessment», così come esplicitati nella delibera di istituzione del programma PriHTA, con riferimenti alla valutazione economica, ai dati di costo-efficacia e alle analisi di impatto sul *budget*. Per promuovere comprensione, utilizzo e, al contempo, massima trasparenza, le schede di valutazione delle tecnologie sono redatte nel rispetto dei criteri indicati nella *Checklist for health technology assessment report* elaborata dalla INAHTA (www.inahta.org/HTA/Checklist/) e successive modifiche e integrazioni apportate dal Progetto EUnetHTA, della cui attuale collaborazione la Regione Veneto è *Founding Member*.

Mentre la nascita delle commissioni o gruppi di lavoro locali per i farmaci risale a decine di anni fa (la Commissione tecnica regionale per il prontuario ospedaliero fu istituita negli anni '70), l'attenzione per i dispositivi medici è di più recente formazione. La del. G.R. n. 4534/07 ha approvato la definizione e l'organizzazione della rete delle Commissioni di dispositivi medici aziendali e di area vasta che opereranno in stretto collegamento con la Commissione tecnica per il repertorio unico regionale dei dispositivi medici. Il modello delineato per la rete delle commissioni dei dispositivi medici (e parimenti dei farmaci) è, dunque, di tipo *hub & spoke*, con commissioni aziendali e di

area vasta che gravitano intorno alla relativa commissione regionale.

La Commissione tecnica per il repertorio unico regionale dei dispositivi medici (CTRDM) è stata costituita per rispondere all'esigenza di attivare un programma di valutazione e vigilanza sull'uso dei dispositivi medici, finalizzato a indirizzare gli operatori del Ssr all'utilizzo di DM con comprovate garanzie in termini di efficacia ed efficienza, in analogia a quanto avviene per il Prontuario regionale dei farmaci.

Le aree di competenza della CTRDM sono la sorveglianza del rischio connesso all'impiego dei dispositivi medici, la valutazione epidemiologica dell'uso dei dispositivi medici, mediante l'attivazione di un osservatorio sui consumi e la promozione di indagini o studi osservazionali su specifici ambiti di interesse e, non meno rilevante, la valutazione secondo la metodologia dell'HTA, dei dispositivi medici (escludendo le grandi apparecchiature, oggetto della valutazione della Crite).

La CTRDM svolge, di fatto, un'attività parallela a quella della Commissione del prontuario ospedaliero della Regione Veneto per i farmaci e quindi, considerato il carattere vincolante del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale per le aziende sanitarie e ospedaliere, è destinato ad assumere sempre più rilievo nell'ambito delle strategie di governo regionale dei dispositivi medici.

Il regolamento approvato per il funzionamento della Commissione tecnica regionale dei dispositivi medici prevede che, in seguito alle valutazioni, sia emesso un giudizio articolato rispetto alla non raccomandazione all'uso del dispositivo oppure alla raccomandazione con, o senza, limitazioni, per uso controllato tramite registri o studi di *outcome research* o all'interno di una categoria omogenea (cioè una categoria di DM destinati a effettuare un intervento diagnostico o terapeutico simile). Le raccomandazioni, unitamente alle Schede di valutazione, saranno diffuse attraverso i siti della Regione e del Coordinamento regionale sul farmaco - Uvef (*dissemination*). È importante sottolineare, rispetto al coinvolgimento degli *stakeholder* esterni, che i produttori sono contattati per esprimere pareri o eventuali osservazioni prima della stesura definitiva delle schede di valutazione.

Il regolamento prevede, inoltre, una fase di rivalutazione (*re-assessment*) in caso di parere non favorevole, purché tale richiesta sia debitamente documentata dal richiedente.

Il collegamento tra sistemi di valutazione e scelte di *policy*, in particolare scelte su inserimento in prontuario/repertorio e acquisti, si avvia a divenire sistematico e diretto. Le raccomandazioni espresse dalla CTRDM sui dispositivi medici devono essere tenute in considerazione dalle aziende erogatrici del Ssr nella definizione dei Repertori aziendali e nelle procedure di acquisto: prodotti già valutati e non raccomandati dalla CTRDM non possono essere inseriti nei Repertori locali. In casi limitati le strutture sanitarie possono procedere all'acquisto, dandone contestualmente comunicazione alla CTRDM, oppure possono inserire in repertorio tecnologie previa preventiva valutazione favorevole da parte delle Commissioni tecniche DM di area vasta (CTDM).

Sul fronte degli acquisti, la Regione Veneto ha attivato gare di area vasta, gestite da apposite commissioni. I membri di tali commissioni sono interessati da progetti formativi sul *Technology Assessment (TA)* a supporto dell'acquisto. Le gare d'area vasta hanno riguardato inizialmente i farmaci, ma da qualche tempo, a seguito dei lavori delle commissioni tecniche aziendali, di area vasta e regionale, si vanno estendendo ai dispositivi medici. La centralizzazione delle gare a livello sovraziendale segue il modello della «azienda capofila» ed è percepita non solo come strumento di contenimento della spesa, ma come facilitatore per la definizione di anagrafiche uniche e sistema di confronto tra aree vaste.²⁹

Un ulteriore organismo coinvolto nell'articolato processo di gestione delle tecnologie in Regione Veneto è l'Agenzia regionale socio-sanitaria. L'Arss è stata istituita con L. reg. n. 32 del 29 novembre 2001 e attivata nel 2003. Uno dei compiti principali dell'Agenzia è quello di fornire supporto tecnico alle politiche di acquisto e utilizzo delle grandi tecnologie. L'Arss, sulla base di criteri approvati dalla Regione, prepara delle schede di valutazione a supporto dell'istruttoria avviata dalla Commissione Crite (che si avvale anche della collaborazione della Direzione regionale risorse socio-sanitarie) che

è responsabile del parere tecnico fornito alla Giunta regionale, cui spetta la decisione ultima e formale sugli investimenti.³⁰ Una delle strategie di adozione curate dall'Agenzia è l'assegnazione in sperimentazione d'uso ad aziende capofila per uno/tre anni di attrezzature particolarmente costose, per un test o monitoraggio dell'utilizzo prima di concedere l'acquisto ad altre aziende. Un ulteriore compito dell'Arss è l'istituzione, funzionamento e aggiornamento di un Osservatorio prezzi di tutte le tecnologie sanitarie il quale, data la focalizzazione dell'Agenzia sulla valutazione delle grandi apparecchiature e l'esistenza di altre iniziative regionali focalizzate su farmaci e dispositivi medici (e.g. Osservatorio regionale dei consumi), non è ancora sviluppato al punto da costituire fonte prioritaria di informazione per le politiche regionali.

Prospettive future

Al di là dello sviluppo delle iniziative appena avviate (essenzialmente PriHTA, attività delle commissioni tecniche), la Regione intende estendere le valutazioni alle procedure chirurgiche e mediche. Non è ancora chiaro se tali procedure saranno di competenza della CTRDM o se verrà costituita una nuova commissione *ad hoc*. Inoltre, come emerge negli obiettivi annuali dello stesso programma di ricerca e innovazione, la Regione punta a sviluppare competenze economiche nell'ambito della valutazione delle tecnologie per giungere alla stesura dei rapporti di mini-HTA a livello ospedaliero.

L'intenzione della Regione è quella di utilizzare risorse interne, con la sola eccezione dell'attività di formazione, e il coinvolgimento meno strutturato di *expertise* tecnica proveniente dall'Università. L'esternalizzazione delle valutazioni è considerata critica proprio per la strategia regionale di sviluppare competenze interne, per il problema della riservatezza dei dati e per le criticità collegate alla gestione del conflitto di interessi.

Quanto al rapporto con gli *stakeholder* e, in particolare, con le imprese, il programma PriHTA ha innovato i precedenti ambiti di collaborazione (generalmente finanziamento dell'attività di formazione) aprendo la strada a forme di collaborazione e *partnership* pub-

blico privato nella presentazione di progetti di ricerca.

In merito al rapporto con la pubblica amministrazione centrale, la Regione ha mostrato grande disponibilità in passato e, anzi, auspica per i prossimi anni un ruolo di coordinamento più decisivo da parte di un organo centrale (es. stesura di linee-guida).

Il confronto con le altre realtà regionali ha riguardato finora la condivisione delle metodologie, delle iniziative e dei risultati, in particolare se finalizzati a scelte di *policy* (da questo punto di vista il partner più attivo per la Regione Veneto è l'Emilia Romagna) e attualmente nutre grandi aspettative per la buona riuscita del progetto RiHTA appena varato (cfr. *supra*).

Il modello regionale di gestione di *report* di mini-HTA, sviluppato in Regione Veneto, così come delineato nelle delibere istitutorie e programmatiche, rappresenta una delle prime esperienze in Italia tesa ad affermare un approccio pragmatico, rapido, standardizzato alla valutazione per poter compiere scelte in condizioni di efficacia ed efficienza a livello aziendale e, nello stesso tempo, consentire lo sviluppo di un linguaggio comune che permetta il confronto e il monitoraggio, a livello regionale, sull'introduzione di nuove tecnologie.

4. La gestione dell'innovazione tecnologica: *policy* regionali a confronto

Le esperienze e i modelli regionali di gestione dell'innovazione tecnologica presentati e descritti in termini di articolazione del processo, soggetti e *stakeholder* coinvolti, tendenze evolutive, forniscono elementi utili allo sviluppo di una riflessione sulla diffusione dell'HTA in Italia e sulle varie forme che questo assume nell'ambito di programmi o politiche regionali.

Il *framework* a supporto dell'analisi comparativa sarà quello proposto da Drummond *et al.* (2008) introdotto nel §.2. Sebbene non esente da limiti, questo schema ci consentirà una valutazione complessiva e multidimensionale di programmi di *Health Technology Assessment* destinati a scelte allocative, reale obiettivo di fondo, tacito o esplicitamente dichiarato, delle attività di valutazione delle tecnologie sanitarie.

4.1. Struttura dei programmi

In termini di struttura dei programmi di HTA descritti per i cinque contesti regionali occorre distinguere tra processi in atto da tempo, con meccanismi interni in via di progressivo affinamento, programmi recentemente avviati e realtà per le quali è stata predisposta un'architettura di riferimento per lo sviluppo di HTA, che però stenta a trovare concretizzazione per via di vicende politiche, istituzionali e finanziarie avverse. In quest'ultima classe rientra il tentativo lodevole della Regione Campania, impegnata nel Piano di rientro dal deficit sanitario accumulato negli anni. Il piano VTS-HTA della Lombardia, avviato all'inizio dell'anno, può considerarsi ancora in fase sperimentale, mentre esperienze consolidate sono quelle delle Regioni Emilia Romagna, Veneto e Friuli Venezia Giulia. Quest'ultima, in particolare, nonostante le recenti ristrutturazioni, mantiene una certa familiarità con il tema della gestione delle tecnologie che deriva da esperienze importanti precedenti e che manifesta i propri contributi per il governo della variabile tecnologica regionale in maniera «informale» o non «procedurale». Per certi aspetti, lo scarso appiglio alla formalizzazione delle procedure caratterizza anche il modello emiliano-romagnolo, uno dei più brillanti esempi di gestione dell'innovazione tecnologica nel nostro Paese.

Il tema della formalizzazione riguarda, ad esempio, l'esplicitazione dei criteri di prioritizzazione delle tecnologie che saranno oggetto di valutazione. Tali criteri sono dichiarati in maniera chiara dalla Regione Veneto, dalla Regione Lombardia e dal progetto della Regione Campania.

Definire gli elementi rilevanti per la selezione delle tecnologie è uno degli strumenti per assicurare la trasparenza dell'intero processo, argomento molto sentito nel dibattito internazionale sull'HTA e affrontato in maniera diversa dalle regioni studiate. Emilia Romagna e Veneto, proprio in virtù della necessaria imparzialità e trasparenza, della criticità delle valutazioni e delle loro implicazioni, della riservatezza delle informazioni richieste hanno optato per la gestione *in house* della fase di *assessment*, pur con contatti esterni, in particolare con le imprese, per la raccolta di dati. La Regione Lombardia ha

invece deciso di avvalersi di soggetti esterni per la valutazione, premurandosi però di creare appositamente una lista di esperti accreditati e un Nucleo di valutazione delle priorità e del conflitto di interessi (NVPCI) per accertare l'idoneità del soggetto a redigere il rapporto di HTA secondo principi di imparzialità. In termini ancora differenti, l'intento della Regione Campania è quello di condurre le valutazioni all'interno di *team* multidisciplinari aziendali, con il supporto di centri di ricerca e università secondo modalità non ulteriormente dettagliate.

Rispetto all'oggetto della valutazione, si nota la volontà di assumere l'accezione più ampia di tecnologia (farmaci, dispositivi medici, procedure medico-chirurgiche, PDTA) nell'ambito del programma VTS-HTA da parte della Regione Lombardia e dei progetti Robinson in Campania. La tradizione del Friuli Venezia Giulia è prevalentemente focalizzata su apparecchiature elettromedicali e, in anni più recenti, sulla gestione informatizzata di dati sanitari.³¹ Il Veneto ha un'architettura di attori coinvolti nel governo dell'innovazione tecnologica, distinti in base al *focus* della loro attività: farmaci, dispositivi medici, grandi apparecchiature, per le quali esistono modalità operative di gestione del processo di HTA e implementazione delle raccomandazioni per l'adozione delle tecnologie differenti. Nel prossimo futuro alla lista di tecnologie da valutare in Regione Veneto potrebbero aggiungersi le procedure medico-chirurgiche. Anche l'Emilia Romagna sviluppa forme flessibili di gestione del processo di HTA a seconda dell'oggetto di valutazione, in tutti i casi però l'organismo interessato a queste attività è l'Agenzia regionale sanitaria, in particolare l'Osservatorio ricerca e innovazione, almeno per le fasi tecnico-scientifiche.

4.2. Processi di conduzione dell'HTA

L'articolazione del processo di HTA nelle fasi canoniche di selezione delle tecnologie, raccolta di informazioni e conduzione dell'*assessment*, collegamento con le decisioni, monitoraggio dell'implementazione ed eventuale ri-valutazione funge da schema di riferimento per la discussione sui modelli di HTA descritti per le cinque realtà regionali studiate. I programmi presentati rispec-

chiano a grandi linee il ciclo paradigmatico introdotto, con alcune deviazioni da questo o adeguamenti alla cultura e alle sensibilità dei contesti specifici.

Prima di proseguire è opportuno sottolineare come la fase di *Horizon Scanning* sia, in molti casi, assimilabile alla sola ricognizione sulle tecnologie nuove che si intende adottare all'interno del Ssr, alla definizione di una lista di tecnologie possibili oggetto di valutazione su cui applicare i criteri, impliciti o espliciti, a disposizione per la prioritizzazione. In questo senso l'HS è inteso come fase di segnalazione dell'oggetto di valutazione dell'HTA, oppure diventa coincidente con l'HTA implementato a livello regionale. Il Veneto ha partecipato a esperienze di HS, nell'accezione di attività mirata a intercettare, in fase di sviluppo, le nuove tecnologie, e a valutarle, su base prospettica o previsionale, per il loro possibile impatto in termini clinici e gestionali sul Servizio sanitario nazionale. Anche la Regione Emilia Romagna ha avviato le prime iniziative in questo senso, ma nel complesso si può affermare che l'organismo di fatto attivo in questo ambito nel nostro Paese è l'Age.Na.S., attraverso il Centro per la osservazione delle tecnologie emergenti.

La ricerca di dati e informazioni quanto più possibile esaustiva e completa è prerogativa di quasi tutti i programmi presentati. Il Friuli Venezia Giulia, formalmente non coinvolto in programmi di HTA può contare su un Sistema informativo regionale molto potente; la Regione Campania dichiara di voler avviare sperimentazioni per la raccolta di dati primari in caso di mancanza di evidenze dalla letteratura scientifica internazionale (cosa, peraltro, non così infrequente), sottolineando la propria volontà di collocare negli ospedali, e nei *team* appositamente istituiti, il cuore del nuovo programma di HTA; la Regione Emilia Romagna attinge anche da registri di patologia e tecnologie, dei quali ha curato la nascita e cura, tuttora, la manutenzione. In questa fase, è comune il ricorso al mondo delle imprese come soggetti privilegiati detentori del *know how* e dei dati disponibili sulle tecnologie.

La comunicazione delle conclusioni dell'HTA in modo appropriato per i vari *stakeholder* passa attraverso comunicazioni sui siti istituzionali degli organismi coinvolti

nell'*assessment*, quando questo è condotto da attori interni (Emilia Romagna, Veneto); la Regione Campania ha proposto di creare un gruppo dedicato (*dissemination*) all'interno della Commissione Regionale HTA.

Per la Regione Lombardia il TTAM è chiamato a supportare l'amministrazione regionale nella implementazione delle regolamentazioni per l'uso di tecnologie costo-efficienti, fornendo anche un giudizio critico sulla valutazione redatta dagli esperti accreditati e sull'applicazione pratica, nella prospettiva del Ssr, delle raccomandazioni fornite. Questa fase di validazione *ex-post* dei rapporti di HTA è molto peculiare.

Rispetto al monitoraggio dell'implementazione delle conclusioni di HTA la situazione appare ancora poco standardizzabile. Molto dipende dalle finalità dell'HTA e dal collegamento di questo con le decisioni, aspetto estremamente rilevante,³² quindi oggetto di una sezione di analisi specifica. Su questo fronte si registrano, comunque, l'ipotesi della Regione Campania di istituire un Osservatorio permanente tecnologie o altro organismo autonomo per il monitoraggio, le esperienze delle Commissioni stratificate dell'Emilia Romagna e del Veneto e della *governance* adottata in queste due regioni che permette di presidiare, al di là delle formalizzazioni, il reale grado di accettazione e implementazione delle politiche sanitarie e non sanitarie.

Gli attori e *stakeholder* coinvolti nei programmi attivati nelle varie Regioni (tabella 5) sono distinguibili in soggetti interni al Servizio sanitario nazionale, a loro volta riconducibili al livello centrale (Age.Na.S., Cud, Direzione generale farmaci e dispositivi medici Ministero della salute, Aifa), interregionale, regionale e aziendale, ed esterni (università, imprese, associazioni di pazienti, società scientifiche). Particolare importanza assumono le relazioni intraprese con enti, istituzioni, associazioni di rilievo internazionale (e.g. EUnetHTA), riconoscibili nelle esperienze del Veneto e dell'Emilia Romagna.

I portatori di interesse coinvolti nei programmi di valutazione delle tecnologie sanitarie sono numerosi, con differenze minime, al di là degli organi creati internamente, tra le varie Regioni. Quello che risulta interessante è probabilmente la modalità del coinvolgimento degli *stakeholder*: per esempio l'Uni-

Campania	Emilia Romagna	Friuli Venezia Giulia	Lombardia	Veneto
Assessorato Team ospedalieri Commissioni	Assessorato ASR – ORI Commissioni	Assessorato DSC	Assessorato NVPCI TTAM AS	Assessorato Commissioni Uvef Arss AS
Network IR DGFDM	Network IR Cud Age.Na.S.	Network IR Cud Age.Na.S.	Network IR Age.Na.S.	Network IR AIFA Age.Na.S.
Università Imprese Società Scientifiche	Università Imprese		Esperti accreditati Università Imprese Associazioni di pazienti/cittadini	Università Imprese
	EUnetHTA			EUnetHTA Centri di ricerca

Tabella 5
Coinvolgimento di attori e
stakeholder chiave
nel processo di HTA.
Confronto regionale

versità interviene nell'*assessment* (Campania) o solo per la formazione del personale interno (Veneto); le imprese possono colmare richieste informative, essere coinvolte in *partnership* pubblico-privato per la conduzione di studi scientifici e progetti di ricerca (Emilia Romagna, Veneto), essere convocate per la discussione dei report ed eventuale rivalutazione (Lombardia).

Rispetto al ruolo del livello centrale, appare abbastanza evidente una generalizzata aspirazione, da parte delle Regioni, a un'azione di coordinamento, indirizzo, servizio di consulenza – o *partnership* esperta – su alcune questioni tecniche, a seconda del livello di esperienza maturata internamente rispetto a certe tematiche.

Ancora limitato appare il coinvolgimento di associazioni di cittadini e pazienti – a esclusione dell'intento della Regione Lombardia di coinvolgerle in sede di rivalutazione – su un argomento che, comunque, rientra tra quelli per i quali si manifesta marcatamente una condizione di asimmetria informativa tra paziente o cittadino medio e operatori del settore, almeno in questo preciso momento storico.

4.3. Metodi adottati

La metodologia adottata per gli studi di HTA è probabilmente la dimensione di analisi su cui emerge il minor numero di considerazioni.

Per la Regione Friuli Venezia Giulia – che non realizza rapporti di HTA ma, attualmente, si basa esclusivamente sulle disponibilità finanziarie per l'approvazione di nuove adozioni – e per la Regione Campania – che usufruisce della consulenza di enti esterni per la conduzione delle valutazioni – i presupposti metodologici non sono sicuramente al centro del dibattito sulla gestione delle tecnologie.

In Emilia Romagna, l'organismo interno che si occupa delle valutazioni delle tecnologie sanitarie, l'Agenzia regionale sanitaria, consiste in un ente fortemente specializzato, dagli elevati contenuti tecnici, che opera non nella prospettiva di un'unità esclusivamente dedicata all'HTA, ma si focalizza sull'impatto che l'adozione di forme di innovazione tecnologica, clinica e organizzativa hanno a livello aziendale e di sistema di aziende, sulle responsabilità o conoscenze da attivare, presso le organizzazioni sanitarie, indispensabili per l'acquisizione e lo sviluppo della nuova risorsa. L'Emilia Romagna può contare su un substrato consolidato di competenze che garantiscono l'attenzione all'applicabilità, sostenibilità e visione prospettica delle attività svolte in ambito di HTA, dunque il collegamento con la realtà del Ssr.

Come per l'Emilia Romagna, per il Veneto la stesura dei rapporti di HTA è in capo all'Uvef (o all'Arss), contiene delle sezioni di valutazione economica, di analisi di costo-efficacia e di impatto sul *budget*, e si attiene a indirizzi chiaramente esplicitati, attenti

da linee-guida internazionalmente accettate. Le valutazioni producono come *output* delle schede la cui impostazione è stata oggetto di delibera da parte della Giunta regionale.

La Regione Lombardia, che ha optato per l'assegnazione a esperti esterni di volta in volta selezionati lo svolgimento delle valutazioni, ha indicato, con atti normativi dedicati, i modelli di riferimento per analisi e valutazioni in merito alle ricadute cliniche, organizzative, finanziarie, economiche, etiche delle tecnologie sanitarie e i formati delle schede di valutazione delle tecnologie sanitarie e di efficacia comparata a cui devono attenersi gli incaricati delle attività di *assessment*. In via prospettica, inoltre, la Regione intende implementare modelli di PBMA (*Programme Budgeting and Marginal Analysis*) a supporto della fase di prioritizzazione delle tecnologie oggetto di valutazione.

4.4. Uso dell'HTA a fini decisionali

I risultati dell'HTA e i processi di *decision-making* dovrebbero essere collegati in qualche modo, se si vuole evitare che la stesura dei rapporti sia solo un esercizio di stile a opera di professionisti di discipline diverse tanto appassionati del loro lavoro da essere ignari della reale utilità dei risultati che esso produce. Il collegamento tra i due livelli dovrebbe, in condizioni ottimali, risultare trasparente e ben definito.

Da questo punto di vista, le esperienze descritte risultano per la maggior parte incomplete o in via di definizione di relazioni più strutturate di collegamento tra momento tecnico e momento politico.

Gli ambiti di *policy* sanitaria a cui afferiscono le decisioni influenzate dagli esiti dell'HTA sono prevalentemente quelli del finanziamento delle tecnologie e delle procedure di acquisto. In Campania, il progetto delineato non include un legame chiaro tra valutazioni e scelte dei decisori politici, almeno da quanto contenuto nei documenti di enunciazione delle strategie del progetto Robinson.

Il Friuli Venezia Giulia, il quale ha da tempo optato per la centralizzazione degli acquisti a livello regionale in ambito sanitario, ha sperimentato forme di coinvolgimento di clinici e referenti aziendali nella stesura

dei capitoli di gara ma, come già discusso, manca, al momento, di un programma definito e attivo di HTA regionale.

In Emilia Romagna, pur senza formalizzazioni, il collegamento tra attività dell'Asr e decisioni di politica sanitaria esiste e si è manifestato in varie occasioni, a evidenza dell'orientamento dell'istituto a fornire un supporto tecnico ad aspetti concreti della realtà del Servizio sanitario regionale.

Con le recenti disposizioni sul funzionamento delle Commissioni aziendali e regionali, il Veneto si avvia a definire dei meccanismi sistematici e diretti di collegamento tra gli esiti delle valutazioni delle tecnologie e procedure di acquisto da parte delle Aree vaste, governo clinico, attraverso le raccomandazioni all'utilizzo o non utilizzo, inserimento nei prontuari e repertori aziendali di farmaci o dispositivi medici valutati.

Infine, il programma VTS-HTA manifesta l'intento di rendere la prospettiva dell'*assessment* elemento di supporto, indirizzo e coordinamento per le politiche sanitarie, non solo tariffarie e di approvvigionamento. Come questo debba avvenire non è ancora del tutto esplicito. La DG sanità, organo politico incaricato di assumere le decisioni, sarà supportato dal Tavolo tecnico per l'appropriatezza in medicina, il quale formulerà un giudizio critico sugli esiti delle valutazioni in grado di orientare le decisioni. Dovrebbe trattarsi di raccomandazioni o contributi informativi per guidare decisioni allocative, applicative e valutative, ma si attende che il programma vada a pieno regime per valutare l'applicazione dei meccanismi operativi descritti nei documenti normativi di istituzione.

5. Conclusioni

L'analisi delle esperienze di cinque Regioni italiane in tema di governo delle tecnologie sanitarie permette di formulare alcune considerazioni sul ruolo e sulla diffusione che gli strumenti dell'*Health Technology Assessment* vanno acquisendo nel nostro Paese.

I casi analizzati all'interno di questo capitolo non sono esaustivi delle iniziative di HTA in corso, ma forniscono una panoramica, non del tutto restrittiva in realtà, sulla situazione dell'HTA in Italia.

Da questa emerge un'attenzione crescente, da parte di vari livelli, non solo quello regionale, nei confronti di questa modalità di gestione dell'innovazione tecnologica. L'interesse si trasforma sempre più frequentemente in definizione di programmi, che hanno negli organi istituzionali i luoghi di coordinamento e direzione.

Accanto al fenomeno dell'istituzionalizzazione, si può riscontrare una tendenza alla diversificazione e personalizzazione delle architetture istituzionali, dell'articolazione dei processi, dei meccanismi operativi adottati per garantire un efficace governo delle tecnologie.

La progressiva diffusione dei principi dell'HTA, affermatasi inizialmente nel mondo anglosassone, è inconfutabile, l'inclusione di questi principi nella cultura degli operatori sanitari e dei decisori politici nel nostro Paese è stata avviata. In questo scenario, probabilmente, servirà investire sulla armonizzazione e sul consenso per le metodologie da adottare in circostanze diverse – tema che avvicinerrebbe la realtà italiana a quella internazionale – e, soprattutto, sulla reale implementazione dell'HTA a fini decisionali.

Ringraziamenti

Il lavoro è frutto di un progetto del CERGAS Università Bocconi condotto in collaborazione con la Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici del Ministero della Salute. Gli autori ringraziano il dottor Ruocco e le dottoresse Donato e Leone per il costante supporto allo sviluppo della ricerca e i referenti regionali contattati per la loro preziosa collaborazione.

Note

1. Art. 12 bis, comma 6, D.L.vo 229/99.
2. I *report* di HS prodotti finora riguardano le seguenti tecnologie: Trattamento della fibrillazione atriale per via mini-invasiva mediante ablazione a ultrasuoni (HIFU), Sistema di *Tele-Home Care* basato sul digitale terrestre (THC-DVBT), Sostituzione della valvola aortica per via transapicale (TA-TAVI), Test diagnostico per l'identificazione delle mutazioni del gene EGFR nei pazienti affetti da carcinoma polmonare NSCLC da trattare con inibitori della tirosin-chinasi e Tomografia a coerenza ottica (OCT) per lo studio della microstruttura delle placche aterosclerotiche vulnerabili.
3. La Conferenza delle Regioni, nella riunione dell'11 febbraio 2010, ha licenziato una proposta di accordo attualmente alla firma delle singole Regioni e Province autonome.
4. Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009, BURC n. 61 del 28 dicembre 2006.

5. Si tratta delle «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», che all'art. 1 prevedono disposizioni in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza.
6. Esiste un quarto passaggio normativo importante nel processo di diffusione di una sensibilità aziendale sul tema delle tecnologie e, in particolare dei DM, costituito dalla delibera di Giunta regionale del 6 novembre 2008, che recepisce la Classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND) e le sue modifiche e integrazioni e la impone in tutte le strutture sanitarie sul territorio regionale; il settore farmaceutico della Regione è incaricato di rendere operativa la classificazione a livello aziendale.
7. Si tratta delle determinazioni della quota capitaria previste dall'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica).
8. Oltre al *Progetto Robinson* per l'introduzione dell'HTA, almeno altri due progetti si pongono obiettivi di valutazione delle tecnologie: il progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio e il programma per la Valutazione osservazionale degli esiti dei trattamenti sanitari.
9. Ministero della Salute, Comunicato n. 96 del 25 marzo 2010.
10. So.Re.Sa. (Società Regionale per la Sanità, Spa) è dal 2005 titolare in via esclusiva della definizione di piani e procedure centralizzate a livello regionale per l'acquisto e la fornitura di beni e attrezzature sanitarie (dal 2007 anche beni e servizi non sanitari). Di fatto la sua attività è iniziata nel 2008, dopo la firma dell'accordo di programma con le aziende nell'ottobre 2007.
11. Cfr. del. G.R. n. 1523 del 29 settembre 2008.
12. Il processo di designazione delle Commissioni, a opera dei Direttori generali delle aziende sanitarie, si è concluso nella seconda metà del 2009.
13. La Giunta regionale approva, con delibera n. 1066/09 il documento «La ricerca come attività istituzionale del Ssr. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna», in cui è prevista l'istituzione Comitato regionale di indirizzo per la ricerca e innovazione, istituito per la conduzione del Programma di ricerca Regione-Università 2010-2012, formato dai Direttori generali delle aziende erogatrici, dal direttore dell'Ars e della DG Sanità e politiche sociali.
14. Tale premessa giustifica il riconoscimento della responsabilità dell'Orl nei progetti di valutazione dell'applicabilità e trasferibilità dell'HTA per il sostegno all'adozione locale di innovazioni tecnologiche e studio delle strategie di implementazione e fattori di contesto determinanti per l'adozione di linee-guida clinico-organizzative, entrambi finanziati per il 2010 dal Ministero della salute.
15. La L. reg. n. 37/95 è quella istitutiva della Agenzia regionale della sanità, che conteneva i riferimenti per il processo di programmazione attuativa, ripreso anche dalla L. reg. n. 49/96, sulla gestione del Ssr.
16. Cfr. del. G.R. n. 2717/09.
17. Un'indagine condotta dal Cergas Università Bocconi, in collaborazione con la DGFDM del Ministero

- della salute, sul settore dei dispositivi medici e delle grandi attrezzature di diagnostica per immagini ha evidenziato come il livello di obsolescenza delle apparecchiature di *imaging* in un *pool* di Aziende sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia sia più alto della media registrata su un campione di strutture selezionate su cinque Regioni italiane. In particolare: le tecnologie con più di dieci anni di età dal collaudo costituiscono il 27% del totale (contro una media del 16%); quelle con meno di tre anni rappresentano il 13% del totale (contro una media del 30%) (cfr. Taricone, 2010).
18. Cfr. del. G.R. n. VII/7197.
 19. Cfr. del. G.R. n. VIII/7856 del 30 luglio 2008: «Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso di farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del Servizio sanitario regionale secondo gli indirizzi del Pssr e determinazioni conseguenti».
 20. All. 3 della del. G.R. n. 7856/08.
 21. Tali indirizzi e moduli predefiniti sono reperibili negli allegati Allegato 2a (Modelli di riferimento per analisi e valutazioni in merito alle ricadute cliniche, organizzative, finanziarie, economiche, etiche delle tecnologie sanitarie), 3a (Formato atteso per le Schede di valutazione delle tecnologie sanitarie) e 3b (Schema di modulistica per la valutazione delle documentazioni scientifiche e osservazionali) del DDG n. 14013 del 15 dicembre 2009.
 22. Istituito con Decreto del DG sanità n. 9900/06.
 23. Per un autorevole approfondimento sui modelli PBMA si vedano Wilson, Scott (1995) e Madden *et al.* (1995).
 24. Cfr. del. G.R.V. n. 2187 dell'8 agosto 2008.
 25. Cfr. del. G.R. n. 1671 del 9 giugno 2009.
 26. La Regione Veneto si è candidata a coordinare il progetto *Idan - Italian Drug Assessment Network*, approvato da AIFA nel 2009, per mettere in rete a livello interregionale esperienze, modelli e iniziative di HTA sui farmaci.
 27. La del. G.R. n. 3977 del 16 dicembre 2008 definisce il riordino del precedente Centro di riferimento regionale sul farmaco, già riclassificato in Coordinamento regionale dalla del. G.R. n. 4532 del 28 dicembre 2007, cui ora afferiscono le attività delle Unità di informazione sul farmaco (Uif), Unità di Farmacovigilanza (Uf) e Unità di valutazione dell'efficacia del farmaco (Uvef).
 28. Per maggiori informazioni sul funzionamento della Commissione tecnica regionale per il PTORV si veda l'allegato A della del. G.R. n. 2517 del 4 agosto 2009. L'allegato B della stessa delibera illustra il funzionamento della CTRDM.
 29. Un progetto precedente alla nascita della CTRDM aveva riguardato la classificazione regionale dei dispositivi medici. A ognuna delle cinque aree vaste sono state assegnate categorie diverse di DM per le quali raccogliere i repertori delle singole Asl da far confluire in un repertorio unico regionale, di cui sono definite delle caratteristiche minime per categorie omogenee in modo da garantire la qualità delle prestazioni e il governo delle risorse impiegate.
 30. Uno dei rapporti redatti dalla Arss tra i più conosciuti è la ricognizione delle grandi attrezzature di *imaging* presenti sul territorio regionale: «Criteri per la definizione di un piano allocativo delle attrezzature di *imaging* clinico nella Regione Veneto», 2008.
 31. Il *software* indipendente o *stand-alone* è considerato un dispositivo medico attivo (D.L.vo 46/97).
 32. Una delle definizioni più comuni di *Health Technology Assessment* è, infatti, «uno strumento per creare un ponte tra il mondo delle ricerca scientifica e il mondo delle decisioni di politica e management sanitario» (Battista R.N., 1996, «Towards a paradigm for technology assessment», in M. Peckham, R. Smith, eds., *The scientific basis of health services*, BMJ Publishing Group, London).

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

- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, www.agenas.it.
- BANTA H.D., LUCE B.R. (1993), *Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective*, Oxford University Press, New York.
- BANTA H.D., HAILEY D., NEUHAUSER D. (2008), «Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Commentary on the article, vol. 24 (3), pp. 362-368.
- CATANANTI C., CICCETTI A., MARCHETTI M. (2005), «Hospital-based health technology assessment: the experience of Agostino Gemelli University Hospital's HTA Unit», *Italian Journal of Public Health*, 3, pp. 23-28.
- CICCETTI A., FONTANA F., MACCARINI E.M. (2006), «Hospital based health technology assessment: Analisi di 5 casi studio nel Network Italiano di Health Technology Assessment (Ni-Hta)», *Tendenze Nuove*, 1.
- DRUMMOND M.F., SCHWARTZ J.S., JÖNSSON B., LUCE B.R., NEUMANN P.J., SIEBERT U., SULLIVAN S.D. (2008), «Key principles for the improved conduct of health technology assessment for resource allocation decisions», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 24(3), pp. 244-258.
- EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (EUnetHTA): <http://www.eunetha.net/>
- FATTORE G., CAVALLO M.C., TARRICONE R. (2008), «Lo sviluppo dell'Health Technology Assessment in Italia: contenuti, approcci e riferimenti internazionali», in E. Anesi, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- FAVARETTI C., CICCETTI A., GUARRERA G., MARCHETTI M., RICCIARDI W. (2009), «Health Technology Assessment in Italy», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25(1), pp. 127-133.
- GOODMAN C.S. (1998), «Health technology assessment: methods, framework, and role in policy making», *American Journal of Managed Care*, 4.
- HENSHALL C., OORTWIJNA W., STEVENSA A., GRANADOSA A., BANTA D. (1997), «Priority Setting for health technology assessment: theoretical considerations and practical approaches», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 13(2).
- INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (INAHTA), www.inahta.org.
- INAHTA - HTA, Checklist, www.inahta.org/HTA/Checklist.
- MADDEN L., HUSSEY R., MOONEY G., CHURCH E. (1995), «Public health and economics in tandem: programme budgeting, marginal analysis and priority setting in practice», *Health Policy*, 33 (2), pp. 161-8.
- OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1978), *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*, Washington D.C.
- OMS (2010), *Essential health technologies*, disponibile su www.who.int/eh_t_intro/en/index.html.
- REGIONI (2010), *Accordo di collaborazione per lo sviluppo della rete per la valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie - HTA (RIHTA)*, su www.regioni.it/upload/110210_Acc_Regione_AGENAS.pdf
- RICCIARDI W., LA TORRE G. (2010), *Health Technology Assessment. Principi, dimensioni e strumenti*, SEEd.
- SACKETT D.L., ROSENBERG W.M., GRAY J.A., HAYNES R.B., RICHARDSON W.S. (1996), «Evidence based medicine: What it is and what it isn't», *BMJ*, 312.
- SOCIETÀ ITALIANA DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (SIHTA), www.sihta.it.
- TARRICONE R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità: applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- VELASCO-GARRIDO M., BUSSE R. (2005), «Health Technology Assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe», in *European Observatory for Health System and Policies*.
- WILSON H., SCOTT S. (1995), «PBMA (Programme Budgeting Marginal Analysis) - its role in the future purchasing arrangements for health care services», *Health Policy*, vol. 33(2), pp. 157-60.

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**.

Criticità percepite nell'implementazione del controllo di gestione nelle A.P.S.P.: un'analisi empirica

ANDREA FRANCESCONI, MATTEO ZAPPULLA

The article shows the results of a research project focused on the identification of critical factors for implementing planning and control systems within public entities involved in social and health services for elderly people (the APSP). An executive dashboard that can satisfy the need for performance monitoring in these firms is also presented. Performance control and measurement in APSP is essential to ensure a balance between public, not for profit and financial results, taking into account the different set of values characterizing different kinds of stakeholders. Hence the need to adopt a tool useful for: a) quickly understanding and representing the problems arising within the organization b) measuring the value created and c) creating a positive organizational attitude towards the implementation of a «real» management control able to replace the existing more formal ones.

Keywords: performance measurement and control, stakeholder, information needs

Parole chiave: sistemi multidimensionali di misurazione delle performance, stakeholder, fabbisogno informativo

Note sugli autori

Andrea Francesconi è professore associato di Economia Aziendale presso l'Università di Trento, contracted research fellow presso il CERGIS, Università Bocconi, docente SDA Bocconi, Area Public Management and Policy

Matteo Zappulla è assegnista di ricerca alla Facoltà di Economia dell'Università di Trento, professore a contratto di Business Administration presso la Facoltà di Scienze e tecnologie informatiche della Libera Università di Bolzano

1. Introduzione

I sistemi di controllo hanno un ruolo primario ma controverso nell'accompagnare il processo di aziendalizzazione delle aziende pubbliche di servizi alla persona (A.P.S.P.).

Per questa, come per altre ragioni, il tema della rilevanza degli strumenti direzionali prospettato oltre venti anni fa da Kaplan e Johnson¹ appare attuale a causa delle difficoltà incontrate sia nella progettazione che nell'implementazione del controllo di gestione. Ciò è almeno quanto emerge dall'indagine conoscitiva condotta su cinque aziende del settore e meglio dettagliata nel successivo paragrafo.

Così mentre la dottrina aziendale elabora nuove soluzioni come la *Balanced Scorecard* in grado di catturare anche l'interesse delle A.P.S.P., la necessità di tradurre quotidianamente in azione tali strumenti affinché diano risposte efficaci ai problemi che intendono affrontare sembra sopravvivere tanto alle molteplici esperienze maturate, quanto alla varietà di soluzioni proposte.

Il presente lavoro si propone di studiare il fabbisogno informativo delle A.P.S.P. e le caratteristiche che gli strumenti di controllo debbono avere per soddisfarlo perché ai sistemi di controllo sembrano mancare due requisiti:

- la capacità di intercettare il fabbisogno informativo delle strutture;
- l'effettiva «metabolizzazione» all'interno delle A.P.S.P. che consente realmente di percepirli come mezzo di aiuto allo svolgimento delle varie attività e non come ulte-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodologia
3. La riforma normativa delle A.P.S.P. e l'orientamento al risultato
4. Responsabilità e performance: una chiave di lettura nella prospettiva del «valore» per gli *stakeholder*
5. I contenuti del controllo di gestione nelle A.P.S.P.
6. Il cruscotto direzionale per le A.P.S.P.
7. Conclusioni

riore adempimento cui attenersi, slegato dal contesto cui si applica e caratterizzato per un prevalente ruolo ispettivo.

Lo scopo della ricerca è di identificare uno strumento in grado di svolgere le finalità del controllo di gestione nelle A.P.S.P. ponendo l'accento sugli aspetti prioritari che ne caratterizzano i risultati sia in chiave economico-finanziaria (risultato d'esercizio, contenimento dei costi, controllo della tesoreria) sia in funzione delle finalità pubbliche del servizio (qualità dell'assistenza socio-sanitaria, gamma dei servizi offerti, formazione del personale).

L'*iter* logico della ricerca, rivolto in prevalenza al tema della misurazione delle performance nell'ambito dei processi di programmazione e controllo, individua il contenuto dello strumento solo dopo aver illustrato in che modo prendono corpo, nelle A.P.S.P., elementi fondanti dei sistemi di controllo quali: l'orientamento al risultato, i fabbisogni informativi, nonché i vincoli istituzionali e normativi tipici di queste aziende e, infine, l'atteggiamento degli addetti ai lavori nei confronti dei sistemi di controllo stessi.

2. Metodologia

La scelta di articolare la ricerca su *case study* (Flyvbjerg, 2006; Mari, 1994; Stake, 1985; Bailey, 1991; Yin, 1989; Gummesson, 1991)² è stata motivata da due ragioni:

– il *focus* dell'indagine, di carattere conoscitivo e basato su ambiti qualitativi più che quantitativi;

– l'obiettivo di non voler perseguire una generalizzazione dei risultati, ma di limitarsi alla natura delle osservazioni nell'ambito della teoria dei sistemi di controllo.

La ricerca è stata effettuata nel corso del 2009, terminando nel dicembre dello stesso anno, e ha preso spunto da quanto emerso nel corso di un seminario di studi sui processi di implementazione del controllo di gestione nelle A.P.S.P. svolto presso l'Unione provinciale istituti per l'assistenza della Provincia autonoma di Trento nel settembre del 2008. Nell'ambito di tale seminario sono emersi diffusamente i disagi e le perplessità connesse all'impiego dei sistemi di control-

lo nell'ambito delle A.P.S.P. La diffidenza e i motivi di insoddisfazione erano legati all'inadeguatezza degli strumenti in uso per rappresentare il senso compiuto della propria attività e i suoi risultati, nello scarso coinvolgimento di larga parte degli interlocutori, alla percezione dei limiti di una logica che si mostrava essenzialmente ispettiva o di «conformità». Appariva evidente, inoltre, l'assenza di alcuni requisiti che qualificassero la logica del controllo di gestione, quali la capacità di utilizzare degli indicatori e dei parametri predittivi dei risultati futuri e la capacità di selezionare e comunicare ai responsabili le informazioni chiave necessarie all'interpretazione degli andamenti aziendali e che consentissero l'adozione di decisioni convenienti e condivise dai collaboratori in quanto motivate da evidenze e adottate sulla base di criteri attendibili.

La ricerca ha sviluppato questi temi con la costituzione di un gruppo di lavoro selezionando cinque aziende tra quaranta, sulla base di criteri dimensionali e geografici ritenuti utili a consentire una significatività dei risultati adeguata. Le cinque aziende prese in esame sono differenti per numero e tipologia di ospiti, per ambito normativo e territoriale di riferimento (operando in differenti Regioni: Trentino Alto Adige, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna), per tipologia di servizi offerti, per caratteristiche direzionali quali età, genere e anzianità nella posizione.

Le figure direzionali chiave di ognuna (il direttore generale per la programmazione e le attività di indirizzo, il direttore amministrativo per le dimensioni economiche finanziarie e la gestione degli strumenti informativi, i responsabili sanitari per la componente operativa) hanno partecipato al gruppo di lavoro. Si è ritenuto, in tal modo, di cogliere gli aspetti essenziali per il monitoraggio delle attività a valore aggiunto che compongono l'ideale catena del valore delle aziende esaminate.

Con ogni responsabile è stata svolta una sessione di colloqui in forma di intervista composta da una sezione comune per tutte le figure e una sezione specifica per la posizione. Successivamente si è proseguito nel colloquio cercando di evidenziare le aspettative e i timori associati all'implementazione del controllo di gestione, le difficoltà incontrate o previste per l'introduzione del control-

lo di gestione, le caratteristiche, i punti di forza e di debolezza degli eventuali preesistenti sistemi di controllo, le caratteristiche dei sistemi informativi, i loro pregi e difetti, i requisiti del sistema di controllo necessari per garantire una sua effettiva accettazione e condivisione all'interno della struttura.

Parallelamente si sono svolte due riunioni di gruppo tese a evidenziare caratteristiche e limiti dei sistemi informativi, contenuto delle performance e criticità nella gestione delle risorse tecniche e umane.

3. La riforma normativa delle A.P.S.P. e l'orientamento al risultato

Il tema dell'aziendalizzazione e, conseguentemente, la rilevanza dei sistemi di controllo per le A.P.S.P. diventano centrali con la legge 8 novembre 2000 n. 328 che ha fissato i criteri per la riforma delle A.P.S.P. in precedenza Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (Ipub) promuovendo le condizioni per una gestione caratterizzata da economicità, efficienza e efficacia.

Il tenore del cambiamento improntato alla logica aziendale si evince già dalla nuova denominazione, in cui il termine azienda pubblica sostituisce «istituzioni di beneficenza» a voler significare che lo spirito assistenziale e la vocazione ai servizi della persona sono rilette e rielaborati nella prospettiva di una responsabilità gestionale finalizzata alla salvaguardia dell'autonomia e dello sviluppo di tali strutture.

Per legge, tale cambiamento deve ispirarsi e concretizzarsi in appositi strumenti di verifica delle attività di amministrazione in armonia con l'obiettivo di perseguire un costante miglioramento della qualità, una forte progettualità dei servizi, un'integrazione crescente con la comunità locale e l'esclusione di maggiori oneri a carico delle finanze pubbliche (Caperchione, 2004).³

Tutto ciò incide sul *modus operandi* delle A.P.S.P. ove il finalismo pubblico proprio dell'attività assistenziale di base si completa con una visione aziendale che si concretizza, ad esempio, quando accanto alle tradizionali attribuzioni delle residenze socio assistenziali per gli anziani, compaiono i servizi di fisioterapia aperti agli esterni, i nuclei Alzheimer, le Case protette, i pasti a domicilio. L'offerta orientata al finalismo pubblico si manifesta

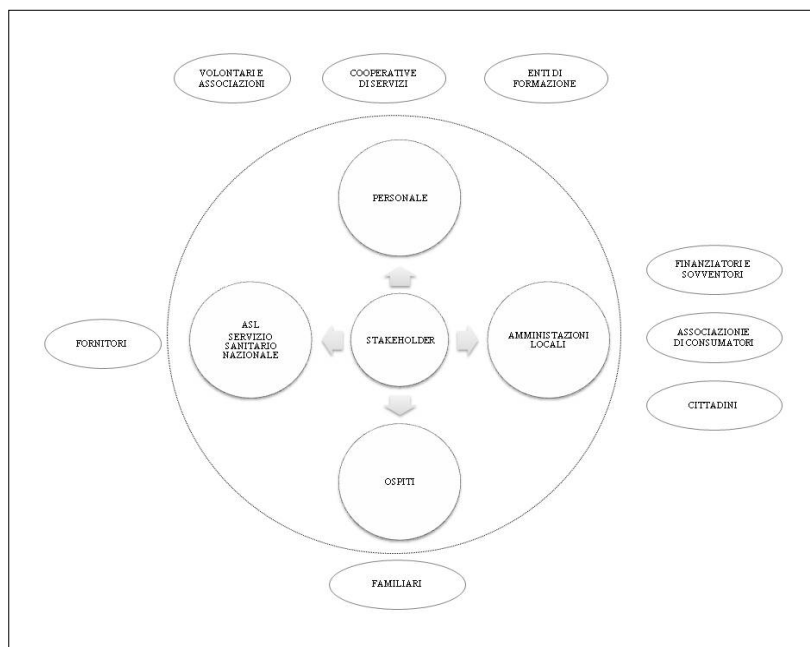
colgiendo una domanda di servizi che il territorio o la società civile non sono in grado di assicurare con la continuità, la capillarità e le modalità tipiche delle A.P.S.P., ma essa non si sottrae alle regole di mercato e deve essere pianificata e gestita secondo criteri di economicità. L'anima imprenditoriale delle A.P.S.P. emerge nella scelta del tipo di servizi da offrire, delle dimensioni e delle loro caratteristiche, ma anche nella impostazione di politiche di *fund raising*, nel *networking* con altre organizzazioni pubbliche private *for profit* e private *non profit* con cui condividere esperienze e *best practice*, infine, con la costante attenzione alle tematiche inerenti la loro sostenibilità economica. Da queste considerazioni emerge la rilevanza potenziale dei sistemi di programmazione e controllo, finora assenti o mantenuti ai margini dei sistemi decisionali che, laddove adeguatamente pensati e implementati, possono offrire un importante contributo ai processi decisionali tipici delle A.P.S.P.

4. Responsabilità e performance: una chiave di lettura nella prospettiva del «valore» per gli stakeholder

Efficienza, efficacia, progettualità delle iniziative, rendicontazione impongono chiarezza nella definizione di obiettivi, trasparenza nella comunicazione dei risultati e sottolineano la centralità delle relazioni tra l'azienda e i suoi interlocutori (Freeman, Rusconi, Dorigatti, 2007; Donaldson, Preston, 1995; Jensen, 2002).⁴

La volontà di soddisfare chiunque possiede uno *stake* (letteralmente un interesse o posta in gioco) nei confronti della singola A.P.S.P. è l'elemento attorno al quale vengono attribuite le nuove responsabilità di risultato per i direttori, ma può costituire un fattore limitante se non si dispongono risorse, conoscenze e metodi adeguati (Antonacopoulos, Meric, 2005; Key, 1999; Reed, 1999; Sternberg, 2002).

La **figura 1**, da considerare strettamente integrata con la successiva **tabella 1**, rappresenta un tentativo di mappatura del *network* di *stakeholder* che gravitano attorno alle A.P.S.P. In particolare, essa evidenzia come, accanto alle figure direttamente coinvolte nella gestione o nelle decisioni di carattere istituzionale, vi siano altre figure che indiret-

**Figura 1**

La mappa degli stakeholder

Fonte: nostra elaborazione

tamente o in via mediata apportano una serie di contributi alla realizzazione del risultato delle A.P.S.P. e da esse si attendono differenti riconoscimenti. La cultura del risultato e le esigenze di controllo si traducono nella capacità di saper testimoniare a tali figure l'utilità della propria missione e la correttezza delle proprie decisioni.

Il rapporto tra A.P.S.P. e stakeholder non può che fondarsi su un legame fiduciario reso trasparente e aperto mediante forme di controllo e rendicontazione che i sistemi in oggetto possono sicuramente contribuire a rafforzare.

L'obiettivo di soddisfare anche in chiave economica il fabbisogno di un servizio di sostegno alla persona, preservandone decoro capacità e dignità, indica nuove chiavi di lettura delle performance, che dagli equilibri di bilancio si estendono alla qualità dei processi, alle ricadute sul territorio e alla valorizzazione delle professionalità (Epstein, Votaw, 1978).⁵

L'individuazione degli stakeholder, la progettazione dei sistemi e dei meccanismi operativi e la necessità di misurare le performance sono aspetti interconnessi per le strutture orientate al risultato. Garantire la necessaria consonanza tra tutte le diverse componenti è alla base dell'enfasi posta sul controllo di gestione inteso come insieme

di strumenti cui si demanda l'espressione di un vettore di obiettivi capace di cogliere l'identità delle aziende che va oltre la sfera economico-finanziaria, consentendo, al tempo stesso, di evitare derive autoreferenziali dell'organizzazione che si manifestano, ad esempio, allorché una inadeguata gestione economica viene giustificata con presunti elevati standard qualitativi o presunti finalismi alternativi (Flamholtz, 2002).⁶

L'esigenza di responsabilizzazione si deve basare su un eterogeneo insieme di valori che, nonostante le approssimazioni e i difetti propri di ogni modellizzazione, sono individuabili, in base ai riscontri evidenziati da *panel group*, nei seguenti punti:

- il valore per il cliente legato all'esigenza di mettere al centro di ogni valutazione la persona, ovvero, di offrire servizi di qualità, assicurare le condizioni necessarie al mantenimento delle proprietà psico-fisiche e relazionali considerando l'utente come l'interfaccia ove convergono preoccupazioni amministrative, emozionali e sociali espresse da molti interlocutori;

- gli equilibri economici e finanziari;

- i processi interni, allorché l'attenzione si sposta dal modo in cui il valore è prodotto a come è percepito dal beneficiario, poiché «ogni singolo (ospite) può essere visto come il destinatario di un processo specifico, potenzialmente diverso da quello di un altro, anche nel caso di acquisto dello stesso prodotto (servizio)» (Collini, 2001, p. 67);

- la formazione e l'apprendimento in ambito sanitario, assistenziale e relazionale indispensabili per assicurare consonanza tra gli elementi del sistema e per conservare la necessaria tensione verso il miglioramento continuo.

Queste dimensioni evocano il modello della *balanced scorecard*. In particolare l'opportunità di adottare modelli di misurazione della performance multidimensionali che consentano di evidenziare le aree critiche di performance e gli indicatori critici di performance. L'individuazione di aree e indicatori critici va, però, riferita alla logica sistemica che qualifica l'approccio *balanced scorecard* piuttosto che a una sua scolastica applicazione che si limiti a focalizzare l'attenzione sulle prospettive classiche proposte

Categoria	Contributi offerti	Benefici attesi
Ospiti	Pagamento rette	Qualità del servizio e rapporto costi benefici, Capacità di ascolto e comprensione
Familiari	Pagamento rette, Sostegni finanziari indiretti, Lasciti, Partecipazione diretta e alcune attività	Trattamento degli ospiti, Clima di fiducia e capacità di ascolto, Trasparenza e puntualità nell'erogazione dei servizi, Adeguatezza tariffe, Coinvolgimento in alcune decisioni
Amministratori locali, Cittadini, Fornitori	Sostegno al fabbisogno finanziario, Contributi alla progettazione e integrazione dei servizi, Sostegno a iniziative	Coinvolgimento e Capacità decisionale, Correttezza e trasparenza amministrativa, Soddisfazione di ospiti, Familiari e personali, Efficienza ed efficacia
Personale	Professionalità	Riconoscimento del ruolo, Dignità delle figure, Partecipazione alle decisioni, Occasioni di crescita e miglioramento, Stabilità dei rapporti di lavoro
Enti di formazione	Percorsi di aggiornamento e formazioni Professionalità adeguate	Coinvolgimento e Comunicazione per la definizione dei profili
Volontari	Tempo libero	Correttezza, trasparenza e visibilità; Occasioni d'integrazione con altre comunità, Crescita personale e acquisizione esperienza e professionalità
Asl e Ssn	Gestione e coordinamento in ambito sanitario, Consulenze	Ottimizzazione gestione materiali farmaceutici, Controllo terapeutico, Rafforzamento equilibri economici e finanziari, Cooperazione nella programmazione
Associazione di consumatori	Eventuale sostegno diretto e indiretto per l'affermazione dell'unicità e della necessità delle strutture	Correttezza, trasparenza, equità nella gestione del patrimonio e nel trattamento del personale e degli ospiti
Fornitori	Rapporti contrattuali agevolati come prezzi e dilazioni	Visibilità, Trasparenza nelle procedure, Correttezza e qualità amministrativa

Tabella 1
Schema delle relazioni degli *stakeholder*
Fonte: nostra elaborazione

da Kaplan e Norton al contesto delle A.P.S.P. In tal senso, al fine di meglio adattare le classiche prospettive della *balanced scorecard* alle aziende considerate nella ricerca, si è ipotizzato di ricorrere ad alcuni fattori qualificanti il modello EFQM (Hakes, 2007; Jackson, 2003).⁷ Si fa riferimento in particolare a: responsabilità pubblica, ricerca delle *partnership*, senso di *leadership*.⁸

Inoltre, sempre per tale motivo, la ricerca non ha voluto considerare il tema dell'implementazione della strategia che qualifica le più recenti evoluzioni del modello *balanced scorecard*.

Si ritiene che l'approccio utilizzato sia comunque coerente con l'evoluzione in senso aziendalistico delle A.P.S.P. Tale evoluzione si caratterizza, infatti, anche per uno sviluppo della cultura aziendale che la qualifica sempre più orientato alla differenziazione del servizio erogato e a un modello di *business* che

tenga conto della sostenibilità economica, in contesti qualificati da un maggiore livello di competizione con altre strutture analoghe ma anche con organizzazioni private *for profit*.⁹

La **figura 2** mostra i profili di compatibilità e i livelli di consonanza tra le dimensioni dei due modelli poc'anzi citati e riferiti alle A.P.S.P.: la *balanced scorecard* e l'EFQM. L'orientamento al risultato deve necessariamente confrontarsi con una elevata complessità dovuta alle molte dimensioni che condizionano la qualità dei servizi e delle attività di una A.P.S.P. nonché i suoi livelli di costo ed efficienza. Da questo deriva la necessità di saper leggere in modo integrato l'andamento aziendale e di contemplare tra le leve del valore dimensioni parzialmente nuove come la capacità di sviluppare *partnership* finanziarie e sociali, di guardare con attenzione all'innovazione dei processi (ad esempio la gestione dei servizi di mensa, la-

Figura 2

Balanced Scorecard e EFQM nelle A.P.S.P.

Fonte: nostra elaborazione

		BALANCED SCORECARD →			
		BS 1 VALORE PER IL CLIENTE	BS 2 PROCESSI	BS 3 APPRENDIMENTO E CRESCITA	BS 4 PROSPETTIVA ECONOMICA E FINANZIARIA
EFQM	EFQM 1 ORIENTAMENTO RISULTATI AI	CONSONANZA PIENA	CONSONANZA PIENA	CONSONANZA PIENA	CONSONANZA PIENA
	EFQM 2 ATTENZIONE CLIENTE AL	CONSONANZA PIENA			
	EFQM 3 LEADERSHIP	COERENZA	COERENZA	COERENZA	COERENZA
	EFQM 4 GESTIONE PROCESSI DEI		CONSONANZA PIENA		
	EFQM 5 COINVOLGIMENTO E SVILUPPO PERSONALE E			CONSONANZA PIENA	
	EFQM 6 APPRENDIMENTO INNOVAZIONE E			CONSONANZA PIENA	
	EFQM 7 SVILUPPO PARTNERSHIP DI	DIMENSIONE INTEGRATIVA			
	EFQM 8 RESPONSABILITA' PUBBLICA	DIMENSIONE INTEGRATIVA			

vanderia e farmacia) e di ricercare metodi e opportunità di miglioramento continuo attingendo non solo alle esperienze pregresse, ma anche a quelle di altri operatori dislocati sul territorio.

Sempre richiamando la figura 2, si desidera precisare come una simile evoluzione richieda inizialmente lo sviluppo di sistemi multidimensionali di misurazione della performance coerenti con il nuovo modello di funzionamento di tali organizzazioni e, successivamente, il loro radicamento nell'organizzazione per garantire una integrazione continuativa con le capacità e le esperienze pregresse, alla professionalità degli operatori sanitari, creando così le condizioni per una sistematica produzione di informazioni a supporto delle decisioni per il management.

5. I contenuti del controllo di gestione nelle A.P.S.P.

Insieme ai direttori generali, amministrativi e sanitari delle unità che hanno partecipato al *panel group*, nella ricerca è stata svolta un'analisi dei punti di forza e debolezza e delle minacce e delle opportunità dei sistemi di controllo delle A.P.S.P.

Nel definire i requisiti del sistema di controllo direzionale nelle A.P.S.P., sentito il

parere del *panel group*, si è partiti da alcune indicazioni di massima:

- cercare di non cadere nella trappola della misurabilità o meno dei risultati;
- procedere con una definizione puntuale dei centri di responsabilità;
- dare il maggiore risalto possibile ai comportamenti.

Le interviste hanno rivelato l'esistenza di «condizionamenti» noti in letteratura che, sebbene facciano parte del percorso di maturazione contabile delle organizzazioni, di fatto limitano la capacità di utilizzo dei dispositivi.

I principali *finding* emergenti dalle interviste sono riassumibili in: senso d'impotenza da parte dei direttori, scarsi benefici in chiave decisionale, resistenza al cambiamento, distanza informativa tra la direzione e gli *stakeholder*. Questi elementi rappresentano, così i principali punti di debolezza che vengono contestati ai sistemi di controllo da parte dei vari responsabili di funzione intervistati nell'ambito del progetto.

I dati contenuti nella **tabella 2**, relativi al tipo di informazione che le figure dirigenziali delle A.P.S.P ritengono prioritario per il governo delle attività e il raggiungimento

di risultati soddisfacenti sia dal punto di vista economico finanziario sia dal punto di vista della qualità dell'assistenza per l'ospite, rivelano diversi aspetti.

In primo luogo, confermano l'esistenza di una visione multidimensionale della performance e del proprio sistema di responsabilità per ciascun ambito.

Secondariamente, rivelano come gli strumenti di direzione e controllo siano un presidio utile per fornire risposte adeguate non solo per i responsabili amministrativi di tali strutture, ma anche direttori generali e sanitari, ovvero per chi è inserito nelle operazioni che caratterizzano l'agire delle A.P.S.P.

Tabella 2
Fabbisogno informativo primario per figura manageriale
Fonte: nostra elaborazione

	Informazione	Direttori sanitari	Direttori amministrativi	Direttori generali	% rilevanza informazione
	Min 0; Max 5				
1	Assenze del personale, con distinta indicazione delle assenze di breve durata e prossime ai servizi di turno	5	5	3	13/15
2	Conoscenza dei programmi di attività dei vari centri di responsabilità (cosa fanno)	0	0	1	1/15
3	Contenziosi; analisi delle relative posizioni con fornitori, ospiti, comuni e Asl o personale	0	5	5	10/15
4	costo del centro di attività (<i>mix</i>)	0	0	1	1/15
5	Costo per ospite/posto-letto	5	5	5	15/15
6	Minutaggio assistenziale da erogare e quello erogabile nella giornata, se previsto dalla normativa (* vale solo per due strutture del <i>panel group</i>)	2	2	2	6/6
7	Modalità di impiego del capitale di dotazione (lasciti e donazioni)	0	0	3	3/5
8	Numero di decessi nella struttura con immediata segnalazione dei medesimi nella giornata lavorativa	5	3	5	13/15
0	Motivo e frequenza dei reclami	0	0	3	3/15
9	Percentuale di raggiungimento dei Piani di assistenza individualizzati (Pai) reclami ospiti	5	2	5	12/15
10	Scostamento del <i>budget</i> di spesa in un determinato periodo con particolare riferimento alla farmacia	2	5	4	11/15
11	Tesoreria: situazione degli incassi e il dettaglio relativo importi incagliati	0	5	3	8/15
12	Situazione dei posti-letto (occupati e liberi) per reparto in valore numerico e in fatturato	5	5	5	15/15
13	Spese per interventi di manutenzione con evidenziazione degli importi più impegnativi e degli interventi ripetitivi	0	3	2	5/15
14	<i>Turn over</i> del personale	0	3	5	8/15
15	<i>Turn over</i> dei pazienti	5	4	3	12/15
	Totale rilevanza per ruolo dirigenziale	34/75	47/75	55/75	

Infine, rivelano come, pur con differenti gradi di attenzione o con finalità specifiche per la funzione rivestita, tutti necessitino di una batteria di informazioni, per comprendere meglio la propria funzione e interfacciarsi in modo sinergico con le altre aree aziendali, che non può prescindere da uno strumento comune di direzione e controllo.

Ci sembra di poter commentare ulteriormente tali aspetti, che permettono di rispondere al primo quesito della ricerca.

Il fabbisogno informativo è omogeneo tra *stakeholder* e responsabili operativi, per cui è possibile adempiere alle loro esigenze con un unico mezzo.

È in atto il graduale passaggio da modelli di *compliance accountability*, ove il controllo era inteso nell'accezione di verifica e ispezione al fine di assicurare il rispetto di norme e procedure, a modelli di *performance based accountability*, che implicano anche la verifica di risultati (Pezzani, 2001; Pulejo, 2005; Romolini, 2004; Steccolini, 2004).¹⁰

Si presume una certa incoerenza tra il fabbisogno informativo dichiarato e le modalità di impiego degli strumenti informativi, sia perché è difficile pensare che i sistemi di controllo non siano adatti alla soluzione dei quesiti posti sia perché, nonostante gli obiettivi iniziali dichiarati e le visioni del ruolo del personale nella costruzione delle performance, tra le prerogative dei sistemi informativi non sono state formulate proposte o osservazioni sul benessere del personale.

Tenuto conto di queste circostanze, emerge la preferenza per una soluzione pratica per «misurare quello che interessa» e «eseguire quello che si misura» (Anessi Pessina, Caccia, 2004).

Restringere lo spettro delle informazioni in modo selettivo può essere il mezzo per raggiungere tale obiettivo, perché appaga tre prerogative tipiche di ogni sistema di controllo:

- garantisce la velocità di risposta del sistema nel fornire dati e informazioni da analizzare;
- pone attenzione su aspetti generali assicurando una visione complessiva con un sufficiente livello di dettaglio;
- stimola creatività e motivazione con l'interpretazione di pochi dati condivisi dai naturali destinatari.

Tale impostazione riflette l'orientamento di autorevole letteratura, come la teoria delle limitazioni cognitive (Simon, 1957), le forme di controllo sociale (Ouchi, 1979) e la teoria secondo la quale il perseguimento dell'ottimo interno di ogni singola parte non garantisce il raggiungimento dell'ottimo globale, perché i responsabili delle singole unità possono ricevere informazioni diverse, trattarle in modo differente e privilegiare obiettivi divergenti (Kauffman, 1993).

La soluzione proposta scaturisce dalla riflessione sulle cause del *gap* tra informazioni utili per le decisioni e quelle disponibili, posto che ci si confronta con un problema che ormai appartiene alla tradizione dei sistemi di controllo: la maggior parte degli apparati contabili è orientata ai risultati, ma non è in grado di dire ai responsabili come sono stati ottenuti.

Tale distanza può essere ricondotta a:

- prevedibili resistenze al cambiamento da parte di coloro che vedono in tali strumenti e logiche un carico di lavoro addizionale nonché un'attività di vigilanza invasiva sul proprio operato;
- un inquadramento ancora in via di perfezionamento tra i centri di responsabilità e le attività che vengono eseguite con possibili sovrapposizioni o duplicazioni che non consentono di misurare e interpretare correttamente il risultato;
- una cultura contabile preminentemente basata sul flusso di entrate e uscite di denaro, impostata su una logica di autorizzazione di spesa.

Così, il controllo di gestione oscilla tra due estremi che lo collocano ora come elemento centrale e insostituibile che misura tutto il misurabile ora come accessorio alla reportistica. L'utilità diminuisce ancora quando l'adozione dipende dalla convinzione di doversi omologare agli altri più che dall'intima necessità di ottenere un controllo più chiaro e completo delle situazioni che riguardano la struttura.

Un'altra criticità è abbinata alla contrapposizione tra ente pubblico e spirito imprenditoriale. I responsabili affermano di essere privi di capacità di pianificazione, lamentano l'assenza di un indirizzo strategico, la possibilità di plasmare l'azienda con una identità

ben precisa, difetti di comunicazione con il consiglio di amministrazione. In molti casi, ritengono che ciò dipenda dal fatto di non avere un vero e proprio mercato di riferimento, al contrario delle aziende private. Sebbene esistano diverse evidenze per ridurre la portata di tali obiezioni, l'ultima in particolare, esse vanno tenute in considerazione nella definizione degli strumenti direzionali, se si vuole interrompere quell'atteggiamento passivo che misura ciò che è stato, senza poter imprimere radicali scelte direzionali.

Nonostante ciò, si evince un notevole sforzo di autocritica e apertura nelle aziende e va capito, caso per caso, quanto tali impedimenti siano oggettivi e quanto dipendano, invece, dalla cultura dell'organizzazione che costituisce di per sé un sistema di controllo, perché i valori, i convincimenti e le regole delle persone ne influenzano il modo di operare e i risultati.

Del resto, affinché i mezzi esprimano appieno le loro potenzialità è necessario acquisire esperienza e favorire l'apprendimento contando sulla propensione degli operatori a imparare, circostanza che si verifica quando è riscontrabile un beneficio tanto per la struttura quanto per il singolo. Tuttavia, in questa fase di transizione bisogna capire quali sono metodi e strumenti idonei a bilanciare dette anomalie per non disperdere le potenzialità dei sistemi di controllo nelle prime fasi della loro implementazione, ovvero come venire incontro alle esigenze rappresentate e costituire l'ideale punto di ancoraggio con le prerogative più avanzate degli strumenti di controllo.

6. Il cruscotto direzionale: proposta operativa per soddisfare il fabbisogno informativo delle A.P.S.P. e vincere le resistenze verso i sistemi di controllo

Il principale risultato emerso a seguito delle interviste con il *panel group* selezionato è inerente ai principali fattori che alimentano il distacco tra fabbisogno informativo e capacità di controllo. Tra essi vi sono: a) il carattere multidimensionale delle performance aziendali, b) l'attenzione sbilanciata verso il rispetto dei vincoli di spesa anziché ai risultati in senso più ampio, c) un'ottica legata agli andamenti passati anziché una proiezione all'esercizio futuro, d) forme di

resistenza sia implicite che esplicite verso i sistemi di controllo e le procedure sulle quali si fondano.

Queste ultime, vengono motivate da circostanze oggettive come la complessità dei sistemi informativi, la loro rigidità, lo sforzo di apprendimento che richiedono per impararne il funzionamento, il senso di limitazione della propria autonomia, infine le duplicazioni di lavoro che comportano.

Ne deriva che il rapporto costi-benefici, da qualsiasi punto di vista, è fortemente sbilanciato a favore dei primi.

Sulla base di queste indicazioni è stata elaborata una proposta di sistema informativo direzionale specifico per le A.P.S.P. che, adottando lo schema del cruscotto, si propone di:

- a) fornire informazioni rilevanti per le decisioni con semplicità e chiarezza;
- b) interfacciarsi con la maggior parte dei sistemi informativi evitando duplicazioni di lavoro per quanto riguarda il trattamento dei dati;
- c) concentrarsi su pochi indicatori ritenuti rilevanti per la diagnosi dello stato di salute della A.P.S.P. nella forma e con le modalità auspiccate dagli interlocutori.

Si fornisce di seguito una breve descrizione dello schema del cruscotto e dei principali indicatori pensati per rappresentare il carattere multidimensionale delle performance.

Il cruscotto si sviluppa su tre livelli concentrici: le aree informative sensibili, le dimensioni che contengono le categorie con cui le aree vengono rappresentate e le misure che sono parametri e indici specifici di ciascuna dimensione relativa a una determinata area sensibile. Inoltre, il cruscotto permette di dettagliare l'informazione sintetica esposta mediante le tabelle e i parametri di base che lo alimentano, al fine di consentire una gestione personalizzata del livello di dettaglio richiesto all'informazione (**figura 3**).

La prima area, denominata «eventi del giorno», si articola in due dimensioni: personale e ospiti. Gli eventi del giorno interessano indistintamente tutti gli utilizzatori del cruscotto e per questo vengono esibiti nella schermata principale e sono aggiornati in tempo reale. Per favorire una visione d'insieme le grandezze sono riportate in modo

Figura 3
Lo schema del cruscotto direzionale per le A.P.S.P.

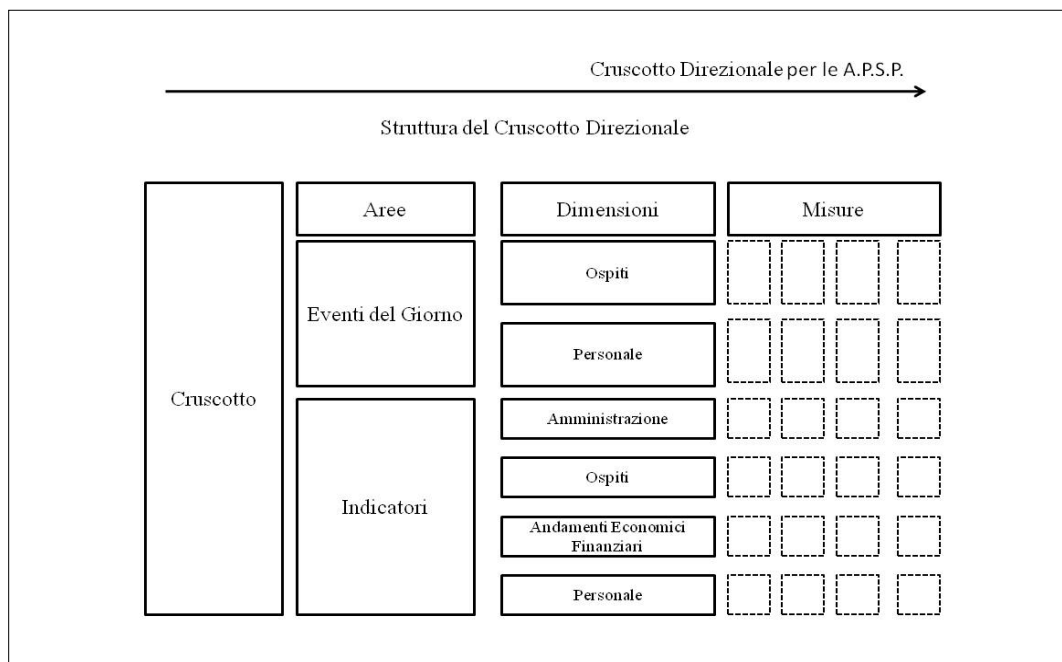
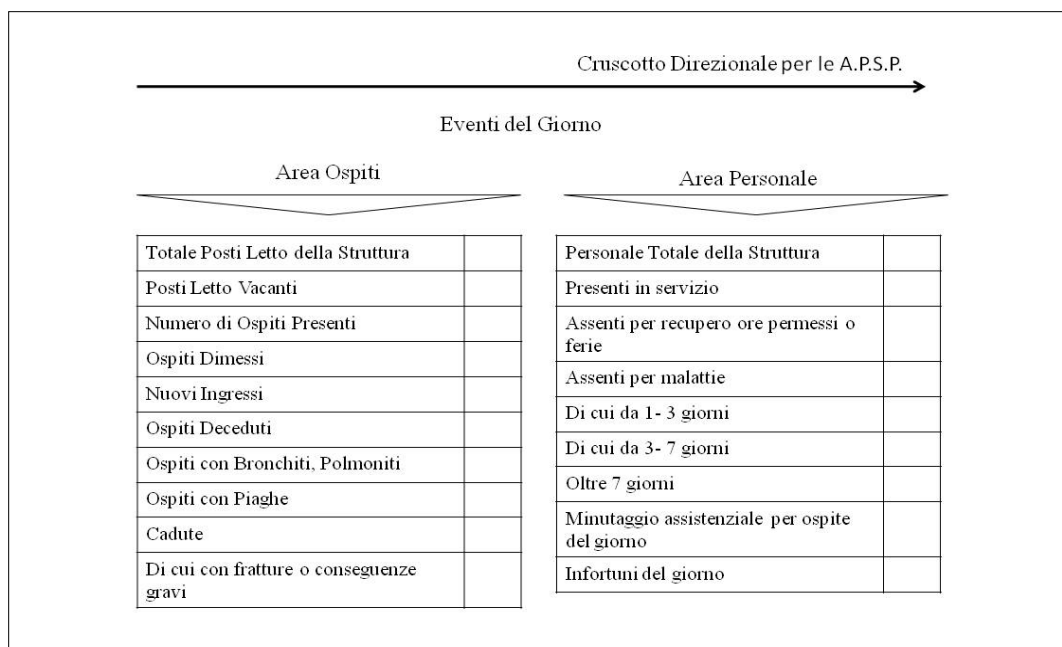


Figura 4
Gli eventi del giorno



omogeneo attraverso due tabelle affiancate, una riepiloga la situazione ospiti, l'altra quella del personale (figura 4).

Le tabelle, che possono essere personalizzate sulla base delle esigenze dell'utilizzatore, evidenziano di default i seguenti parametri: numero di ospiti presenti nella struttura,

numeri di ospiti dimessi, eventuali decessi, numero di ospiti con particolari patologie (in particolare bronchiti, polmoniti, piaghe), cadute, posti-letto vacanti. I parametri del personale sono: il numero di presenti, gli assenti per recupero ore, ferie e permessi, attività di formazione, personale in malattia, e il minu-

taggio per ospite del giorno, eventuali infortuni sul lavoro distinti per livello di gravità.

Quest'ultimo parametro permette una pianificazione dei turni e un'allocazione delle risorse ottimali per rispettare il parametro minimo richiesto dalla normativa ove vigente, per favorire efficienza e produttività delle stesse.

Ogni parametro può essere approfondito ulteriormente perché, mediante la sua selezione (per esempio ospiti dimessi), si attiva una tabella con il suo nominativo, il reparto di appartenenza, il motivo della dimissione, la sua durata se prevista, eventuali note redatte dal reparto.

In prospettiva, tale schema potrà essere modulato per singolo reparto/struttura al fine di garantire l'informazione necessaria ai responsabili delle varie funzioni, permettendo eventuali confronti sia temporali che tra reparti/unità.

La seconda area, denominata indicatori, si sviluppa in quattro distinte dimensioni che contengono al loro interno tutte le misure più significative per la A.P.S.P. elaborate in forma di indicatore e declinato, ove necessario, a livello di singolo centro di responsabilità.

Gli indicatori sono raggruppati nelle quattro dimensioni in base a un criterio di omogeneità che richiama la *balanced scorecard*, altri indicatori invece riprendono alcuni parametri del modello EFQM richiamato in precedenza.

Le aree degli indicatori sono: amministrazione, ospiti, andamenti economici finanziari, personale.

Il cruscotto contiene indicatori che attestano il tasso di copertura delle giornate-letto per servizio/reparto, e commuta tale coefficiente in perdita di fatturato moltiplicando il numero di posti liberi per la tariffa giornaliera, con la stagionalizzazione del fenomeno. Per monitorare gli equilibri economici vengono tenuti sotto osservazione i ritardi di pagamento, distinti per periodo e debitore, evidenziando i comportamenti più pericolosi per recidività o consistenza degli importi.

Viene inoltre evidenziato il costo per giornata-ospite a livello di servizio al fine di trarre informazioni sulla struttura di costo delle aziende e prevederne la possibile evoluzione, oltre a fornire un ulteriore supporto informativo per le attività di *budget*.

Per quanto riguarda la qualità dei servizi socio-assistenziali, gli indicatori utilizzati sono collegati al Piano di assistenza individualizzato (in sigla Pai). Questa variabile, è strategica per assicurare la creazione di valore per l'ospite, garantire il soddisfacimento degli obiettivi della maggior parte degli *stakeholder* e fornire una misura di sintesi del rapporto prezzo-qualità dell'azienda.

A tal fine il cruscotto misura:

- il successo del Piano di assistenza individualizzato, inteso come rapporto tra il numero di obiettivi raggiunti sul totale;
- la progettualità come rapporto tra il numero di nuovi obiettivi contenuti nel Pai su numero di obiettivi complessivi;
- la sua efficienza data dal rapporto tra il numero di Pai aggiornati correttamente e nei tempi previsti rispetto al numero di Pai da aggiornare.

Per consentire una efficace pianificazione delle attività lavorativa, il cruscotto evidenzia, inoltre, il numero di Pai che devono essere aggiornati entro trenta giorni. In questo modo, sia gli addetti ai lavori che i supervisor hanno una indicazione per misurare la propria produttività ed evitare l'accumularsi di compiti e attività che poi rischiano di non essere soddisfatte in tempo o con gli standard qualitativi auspicati.

In tema di qualità, il cruscotto rileva e rappresenta il numero di reclami esposti per tipologia e frequenza. L'obiettivo è di consentire ai responsabili una chiave di lettura per garantire a tutti i reparti/unità gli stessi standard di qualità, nonché individuare eventuali criticità per centro di responsabilità/attività (es. mensa, lavanderia, assistenza personale).

Per l'area personale, sono previsti indicatori di produttività distinguendo il motivo di assenza e la frequenza di malattie brevi o a cavallo con turni di ferie/riposo, indicatori relativi alla sicurezza come numero, tipologia e livello di gravità di eventuali infortuni sul luogo di lavoro.

Tale dimensione viene replicata per gli ospiti per i quali sussiste, inoltre, un chiaro monitoraggio della situazione clinica, al fine di identificare eventuali nessi di causalità tra alcuni eventi aziendali e la situazione ospiti e viceversa. Ad esempio, potrebbe verificarsi

un andamento anomalo nei reclami sul livello di qualità della lavanderia spiegato, tuttavia, con una momentanea concentrazione di casi di indisposizione degli ospiti, ovvero un innalzamento del numero di ospiti con bronchiti in presenza di un malfunzionamento del sistema di riscaldamento, che si riflette in un forte utilizzo della farmacia interna rilevato dall'indice di rotazione del magazzino farmaci, aggiornato settimanalmente.

Ogni indicatore è rappresentato graficamente in forma analogica e viene contrassegnato da tre aree che indicano se il livello è migliore o in linea (zona verde) rispetto agli obiettivi/precedenti risultati, inferiore a standard o obiettivi (zona rossa), ovvero si trova in un intervallo inferiore ai parametri auspicati, ma non desta particolare allarme perché si trova comunque in prossimità del livello di conformità, o perché si è a conoscenza del problema e sono già stati adottati interventi correttivi che dovrebbero dare esito positivo a breve (area gialla).

L'ampiezza degli intervalli è raccomandata sulla base dei parametri mediamente conseguiti per strutture analoghe per dimensioni o sulla media dei valori dell'azienda negli ultimi tre – cinque anni, ovvero decisa in base agli obiettivi definiti dall'azienda.

Ogni indicatore può essere a sua volta analizzato in dettaglio evidenziando il trend sto-

rico e le misure che lo generano, rappresentati in forma tabellare e mediante un grafico a linea per mostrare l'andamento assunto dai diversi parametri, eventuali profili stagionali o l'esistenza di fenomeni di punta.

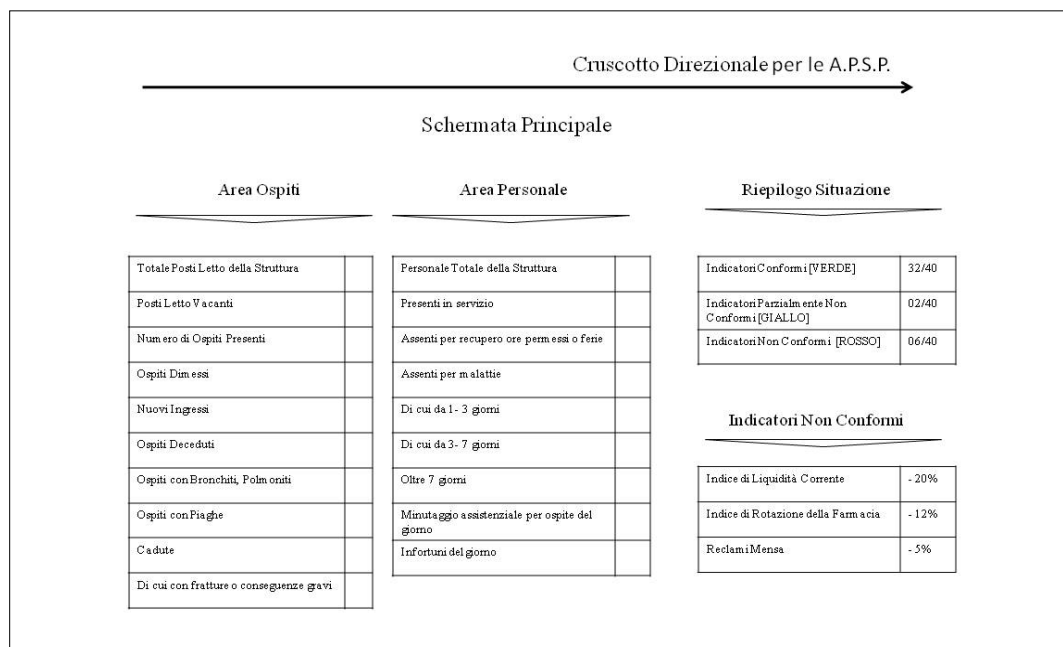
Per una visione d'insieme e il posizionamento della struttura entro livelli di efficienza giudicati soddisfacenti, il cruscotto pone in evidenza, mediante la schermata iniziale, il numero di indicatori conformi e il numero di quelli non conformi. Selezionando quest'ultimo si ottiene la lista dei valori non conformi, in base a due possibili criteri di ordinamento: il numero di giorni da quando l'indicatore non è conforme o lo scostamento percentuale dalla soglia di conformità (figura 5).

Report periodici, costruiti sugli indicatori del cruscotto, permettono una rapida identificazione delle aree di criticità della gestione per attivare le necessarie azioni di programmazione e operare una diagnosi puntuale della situazione. Essi costituiscono, inoltre, materiale per l'informativa societaria sia obbligatoria che volontaria.

Il cruscotto riceve i dati dai sistemi informativi presenti per evitare duplicazioni di lavoro, limitare inserimenti manuali di dati, ridurre i costi di conversione e suscitare il consenso da parte degli utilizzatori che non hanno un sovraccarico di compiti da svolge-

Figura 5

La schermata iniziale: eventi del giorno e riepilogo situazione indicatori



re e di evitare errori di imputazione/immissioni dei dati.

Lo strumento può essere adattato alle specifiche esigenze di ogni A.P.S.P., che possono scegliere quali indicatori utilizzare tra quelli predisposti e che intervallo assegnare loro, in base a regolamenti, *policy* interne, situazione di partenza.

In particolare, la parte dedicata al monitoraggio del personale, lungi dal rappresentare un momento ispettivo fine a se stesso, va nella direzione di consentire un impiego ottimale delle risorse per aumentare il loro benessere e senso di appartenenza all'ambiente, favorire il dialogo per l'ottimizzazione nelle varie aree di attività, al fine di aumentare la soddisfazione degli ospiti e l'economicità della struttura.

I vantaggi che si auspica di poter raggiungere sono: economicità dell'uso, flessibilità, semplicità di utilizzo, capacità di assecondare gran parte delle richieste degli *stakeholder*.

7. Conclusioni

L'orientamento al risultato nelle A.P.S.P. ha come prerogativa la definizione di ambiti precisi di performance e le loro misure da un lato, i destinatari di tali performance, le modalità di valutazione e le forme di comunicazione dall'altro.

Ne deriva una discontinuità con il passato per il tipo di responsabilità che investe i responsabili delle unità e ricade sui comportamenti organizzativi che devono omologarsi al nuovo stile direzionale.

I sistemi di controllo, ma più in generale i sistemi informativi, accompagnano tale trasformazione e ne scandiscono i tempi, ma la loro rilevanza ha fatto emergere con concretezza l'interrogativo sull'adeguatezza di tali strumenti agli obiettivi, alle risorse, alle competenze e agli stili comportamentali delle A.P.S.P.

Questo lavoro, sulla base della ricognizione, nell'ambito di un gruppo pilota di A.P.S.P., di molteplici perplessità iniziali sul tema delle caratteristiche e della funzionalità dei sistemi di controllo, ha approfondito l'aspetto della definizione dei fabbisogni informativi alla luce della declinazione del concetto di performance nelle A.P.S.P., nel rispetto delle prerogative degli *stakeholder*.

I fabbisogni informativi delle figure dirigenziali nelle aree di responsabilità delle A.P.S.P. sono omogenei e mettono in primo piano l'ospite come chiave di lettura per la creazione di valore nelle varie accezioni che tale termine può avere, anche oltre l'ambito aziendalista. La caratteristica di tali aziende, connotate da un forte finalismo pubblico dovuto a un'emergente vocazione imprenditoriale che tenta di meglio soddisfarlo, fa sì che i sistemi di controllo possano attingere ai modelli pensati tipicamente per le aziende private, come la *balanced scorecard*, per quanto riguarda le dimensioni delle performance e alcuni aspetti legati alla qualità e alla responsabilità sociale del modello EFQM, relativamente al contenuto stesso delle performance.

La chiave di lettura va trovata in un sistema di controllo compatto (e il cruscotto elaborato potrebbe rappresentare una prima ipotesi di risposta per le A.P.S.P.) che possa, da un lato, assolvere alle principali finalità e funzioni normalmente attribuite ai sistemi informativi integrati e, dall'altro, contribuire al processo di «alfabetizzazione» necessario per assicurare la riuscita dell'intero processo di aziendalizzazione. Ciò, senza rinunciare alle potenzialità proprie dei sistemi di controllo per facilitare il perseguimento di obiettivi aziendali volti al sistematico miglioramento dei risultati, consente, anche, di fornire una risposta di carattere strategico per garantire, alle singole A.P.S.P., l'adeguato livello di equilibrio nella considerazione degli elementi non strettamente monetari nella gestione del processo di cambiamento.

Attribuzione

Pur essendo il lavoro frutto del contributo congiunto degli autori, A. Francesconi ha curato i §§ 1, 2, 4, 6, mentre i §§ 3, 5 e le conclusioni sono a cura di M. Zappulla.

Note

1. Gli autori parlarono di un grave scollamento tra i dati di cui hanno bisogno i manager e quelli che invece forniscono i loro sistemi amministrativi (Johnson, Kaplan, 1987).
2. A margine di quanto precisato, va tenuto conto che le criticità riferite all'approccio al controllo di gestione e al tema della condivisibilità della performance risultano comuni a un numero più ampio di strutture, ed è da tale sollecitazione che è stato raccolto lo stimolo per la presente analisi.

3. Sul processo evolutivo in chiave normativa si veda Caperchione (2004).
4. Secondo la definizione di Freeman, gli *stakeholder* sono le persone fisiche o giuridiche che affidano all'azienda un loro contributo, influenzandone le decisioni, le attività e i risultati, come ribadito anche recentemente da autorevole letteratura. Nella formulazione originaria, applicato a imprese private, Freeman estendeva la denominazione di interlocutore privilegiato a cinque principali categorie comprendendo, oltre agli azionisti, personale, fornitori, collettività, clienti. «All persons or groups with legitimate interests participating in an enterprise do so to obtain benefits, and there is no prima facie priority of one set of interests and benefits over another.» Donaldson, Lee, Preston (1995); Jensen (2002); Harrison, Freeman (1999); Freeman, Rusconi, Dorigatti (2007).
5. Un'impresa che non produce soddisfacenti flussi economico-finanziari non è in grado di dare risposta ai bisogni sociali ed economici della società nel suo complesso; al contrario, l'impresa, attraverso la creazione di valore sociale, soddisfa le attese degli interlocutori sociali e afferma o consolida la sua legittimità sociale (Espstein, Votaw, 1978).
6. Nonostante la datazione, molti testi colgono ancora con pragmatismo e attualità le principali criticità dei sistemi di misurazione aziendale e l'importanza stessa di tale attività. Si veda per comodità d'esempio Flamholtz (2002, p. 181). Il termine «controllo di fatto» cela un atteggiamento di diffidenza nella tassonomia stessa del termine che, nella formulazione di origine francese, indica verifica, ispezione, riscontro, mentre nell'accezione anglosassone cui si fa riferimento è sinonimo di guida, governo. Eppure, all'atto pratico, spesso i comportamenti trascendono il significato indicato per aderire alla versione francese.
7. L'EFQM è un modello di gestione aziendale che si basa su due concetti fondamentali: eccellenza e qualità. Elaborato nel 1991 dall'omonima fondazione, si basa sull'idea che l'eccellenza trova fondamento nei risultati tangibili di un'organizzazione, in ciò che fa, nel modo in cui lo fa, negli obiettivi che consegue, unitamente alla ragionevole certezza di poterli sostenere nel tempo. L'eccellenza non si misura solo attraverso i risultati finanziari, che rappresentano un effetto della performance del passato, ma devono comprendere, quali indicatori della performance finanziaria futura, anche i risultati relativi ad altri *stakeholder*. L'EFQM si basa su otto elementi chiave che spaziano dall'orientamento ai risultati, alla gestione dei processi, dalla *leadership* al coinvolgimento delle risorse umane, dall'apprendimento, allo sviluppo di *partnership*, alla responsabilità sociale. Per approfondimenti sul modello EFQM si rimanda a Hakes (2007) e Jackson (2003). Si veda inoltre www.efqm.org.
8. Sul tema della *balanced scorecard* si rinvia a Becker, Huselid, Ulrich (2001), Hope (1996), Kanji (2002), Kanji (2008), Kaplan, Norton (2000), Kaplan, Norton (1996).
9. Si pensi in proposito ai servizi di fisioterapia o al servizio centro diurno che consiste in ricoveri di durata breve, anche giornalieri, in determinati periodi dell'anno in alternativa alle pensioni private.
10. Pur non rientrando tra le finalità principali di tale lavoro, è opportuno ricordare che il termine *accountability*, che letteralmente si traduce con responsabilità ed è l'opposto di arbitrio, ha assunto differenti significati riflettendo le tradizioni amministrative e contabili dei vari Paesi. Esiste però una comune posizione nell'identificare il passaggio di molti sistemi da un'*accountability* basata sulla conformità dei comportamenti a una orientata alla misurazione e al raggiungimento dei risultati, che si affianca alla precedente senza sostituirla. Sulla distinzione tra *compliance accountability* e *performance based accountability* si vedano Pulejo (2005, p. 105), Romolini (2004, p. 19), Pezzani (2001, p. 453), Steccolini (2004).

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

- ANESSI PESSINA E., CACCIA L. (200), «Il disallineamento tra documenti contabili, struttura organizzativa e sistemi di gestione negli enti locali», in F. Pezzani, E. Caperchione (a cura di), *Responsabilità e trasparenza nella gestione dell'ente locale*, Egea, Milano.
- ANTONACOPOULOU E.P., JEROME MERIC J. (2005), «A critique of stake-holder theory: management science or a sophisticated ideology of control?», *Corporate Governance*, vol. 5(2), pp. 22-33.
- BAILEY K.D. (1991), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- BECKER B.E., HUSELID M.A., ULRICH D. (2001), *The HR Scorecard: linking people, strategy and performance*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- CAPERCHIONE E. (2004), *Il governo e la gestione delle aziende pubbliche e private si servizio alla persona. Il processo di riforma delle IPAB*, Giappichelli, Torino.
- COLLINI P. (2001), *Controllo di Gestione e processi aziendali*, Cedam, Padova.
- DONALDSON T., LEE E., PRESTON L.E. (1995), «The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications», *The Academy of Management Review*, vol. 20(1), Jan., pp. 65-91.
- ESPSTEIN E., VOTAW D. (1978), *Rationality, Legitimacy and responsibility*, Goodyear P., Santa Monica, CA.
- FLAMHOLTZ E. (2002), *Il controllo manageriale*, Giuffrè, Milano.
- FLYVBJERG B. (2006), «Five Misunderstanding About Case Study Research», *Qualitative Inquiry*, 12, pp. 219-245.
- FREEMAN R.E., RUSCONI G., DORIGATTI M. (2007), *Teoria degli Stakeholder*, FrancoAngeli, Milano.
- GUMMESSON E. (1991), *Qualitative methods in management research*, Sage, Newbury Park.

- HAKES C. (2007), *The EFQM Excellence Model to Assess Organizational Performance - A Management Guide*, Van Haren Publishing, Zaltbommel.
- HARRISON J.S., FREEMAN R.E. (1999), «Stakeholders, Social Responsibility, and Performance: Empirical Evidence and Theoretical Perspectives», *The Academy of Management Journal*, vol. 42(5), Special Research Forum on Stakeholders, Social Responsibility, and Performance (October).
- HOPE J. (1996), *Transforming the bottom line: managing performance with the real number*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- JACKSON S. (2003), *Il modello EFQM in sanità. Guida a un'applicazione di successo*, Centro Scientifico Ed., Milano.
- JENSEN M.C. (2002), «Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function», *Business Ethics Quarterly*, vol. 12(2), pp. 235-256.
- JOHNSON H.T., KAPLAN R.S. (1987), *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- KAPLAN R.S., NORTON P.D. (1996), *Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action*, Harvard Press, Boston, MA.
- KAPLAN R.S., NORTON P.D. (2000), *The Strategy Focused Organization. How Balanced Scorecard Companies Thrive in the new business environment*, Harvard Press Press, Boston, MA.
- KANJI G.K. (2002), *Measuring business excellence*, Routledge, Londra.
- KANJI G.K. (2008), «Reality check of Six Sigma for Business Excellence», *Total Quality Management & Business Excellence*, vol. 19(6), June, pp. 575-582.
- KAUFFMAN S.A. (1993), *The Origin of Order*, Oxford University Press, Oxford.
- KEY S. (1999), «Toward a new theory of the firm: a critique of stakeholder "theory"», *Management Decision*, vol. 37(4), pp. 317-328.
- MARI C. (1994), *Metodi qualitativi di ricerca. I casi aziendali*, Giappichelli, Torino.
- OUCHI W.G. (1981), «La progettazione dei sistemi di controllo organizzativo», *Sviluppo e Organizzazione*, 64.
- PEZZANI F. (2001), «Il ruolo dell'accountability nella società civile», *Azienda Pubblica*, 4.
- PULEJO L. (2005), *Comunicazione e accountability nell'azienda Comune*, Giappichelli, Torino.
- REED D. (1999), «Stakeholder Management Theory: A Critical Theory Perspective», *Business Ethics Quarterly*, vol. 9(3), Jul., pp. 453-483.
- ROMOLINI A. (2004), *Accountability e Bilancio Sociale negli Enti Pubblici*, Franco Angeli, Milano.
- SIMON H.A. (1957), *Administrative Behavior*, Mac Millan, NY.
- STAKE R.E. (1985), *The Art of Case Study Research*, Thousand Oaks.
- STECCOLINI I. (2004), *Accountability e sistemi informativi negli enti locali. Dal rendiconto al bilancio sociale*, Giappichelli, Torino.
- STERNBERG E. (2002), «The Defects of Stakeholder Theory», *Corporate Governance: an International Review*, vol. 5(1), pp. 3-10.
- YIN R.K. (1989), *Case Study Research, Design and Methods*, 2ª ed., Newbury Park, Sage, pp. 21-22.

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**.

Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana

LINDA MARCACCI, SABINA NUTI, CHIARA SEGHIERI

Tuscan Emergency departments (EDs) are working hard to improve patient satisfaction following the Regional Health Plan goals. To allow the local management to find out which aspects of care should be improved to increase global ED patient satisfaction a research work was carried out based on optimization models applied to data from a ED patient satisfaction survey. Results differ across the Local Health Authorities (LHA), however, one aspect of care was common to all of them: «level of collaboration between physicians and nurses». The study proposes an efficient approach to help care providers focus initiatives linked to predictors that strongly influence global satisfaction and that may require less effort or resources to impact global satisfaction.

Keywords: patient satisfaction, emergency services, performance management tool

Parole chiave: soddisfazione del paziente, servizi di pronto soccorso, valutazione della performance

Note sugli autori

Linda Marcacci e Chiara Seghieri sono ricercatori a contratto presso il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Sabina Nuti è Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Direttore del Laboratorio Management e Sanità

Ringraziamenti

Un caloroso ringraziamento va ai responsabili, a tutto il personale dei Pronto Soccorso Toscani, alla Regione Toscana e a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

1. Introduzione

La soddisfazione del paziente descrive la percezione dell'utente relativamente ai servizi sanitari ricevuti, (Pascoe, 1983) ed è ormai considerata una misura significativa e importante della qualità dell'assistenza sanitaria (Donabedian, 1988; O'Connor, 2003; Strasser, 1993; Sun, 2001). Di fatto sul più ampio tema della cosiddetta «customer satisfaction» si è accumulata in pochi anni una notevole quantità di lavori scientifici o applicativi. In particolare sulla misurazione della soddisfazione del paziente, a partire dai classici lavori di Donabedian sono state prodotte numerose ricerche, soprattutto in ambito statunitense, per valutare la soddisfazione in riferimento a un ampio spettro di servizi prettamente sanitari, dalle cure ospedaliere ai trattamenti extraospedalieri, ai servizi di emergenza, ecc.

Se i pazienti sono soddisfatti delle cure ricevute, tenderanno a fidarsi sia del sistema nel suo complesso, sia dei professionisti sanitari. La fiducia, infatti, è un fattore fondamentale che facilita l'adesione dei pazienti ai protocolli di cura e ai trattamenti proposti (Brown, 2001; Gilson, 2003; Goudge, 2005; Hall, 2001; Mechanic, 1996, 1998; Straten, 2002; Van der Schee, 2007). Inoltre, è ormai provato che gli utenti soddisfatti sono anche quelli che recuperano più velocemente migliorando il proprio stato di salute (McKinley, 1997).

La soddisfazione dei pazienti, quindi, è sempre stata considerata uno dei principali obiettivi di performance dei sistemi sanitari nel loro complesso e dei servizi ospedalie-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Dati e metodi
3. Il questionario
4. Principali risultati descrittivi dell'indagine
5. Il modello di ottimizzazione
6. Risultati
7. Conclusioni

ri in particolare (Thiedke, 2007). Nel corso degli anni è, infatti, diventata elemento indispensabile sempre più inserita in ogni forma di programmazione sia che insegua obiettivi di rinnovamento e razionalizzazione dei servizi, che di *mission* aziendale, o di contenimento della spesa e di razionalizzazione di risorse umane.

Inoltre, se da un lato risulta difficile misurare la percezione del cittadino nei riguardi dell'efficacia tecnica, ossia se il servizio è stato erogato in modo appropriato, a causa dell'asimmetria informativa, tramite le indagini è possibile rilevare la percezione su come il servizio è stato erogato e se il paziente è stato considerato protagonista del proprio percorso di cura.

Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono quindi avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino divenga sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura.

In questa direzione, con la convinzione che per una «sanità dei cittadini» sia essenziale introdurre strumenti capaci di mettere il punto di vista dell'utente al centro dei processi di management sanitario, fin dal 2004 il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna, in collaborazione con la Regione Toscana, ha realizzato molteplici indagini presso i cittadini toscani relativamente ai servizi sanitari. La misurazione e analisi della qualità percepita dei cittadini toscani si colloca, in realtà, come parte integrante, del sistema multidimensionale di valutazione della performance che il MeS, a partire dal 2004, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana.

Obiettivo generale del sistema di valutazione è quello di monitorare l'andamento della gestione delle aziende sanitarie, non solo per la valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti al fine di supportare i processi di pianificazione e programmazione sia a livello aziendale che regionale.

Per la rappresentazione dei risultati del sistema di valutazione sono state individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario. Queste dimensioni sono:

- 1) la valutazione dei livelli di salute della popolazione;
- 2) la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale;
- 3) la valutazione socio-sanitaria;
- 4) la valutazione esterna;
- 5) la valutazione interna;
- 6) la valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

Dal 2008, il sistema, che è utilizzato in tutte le realtà aziendali della Regione, è stato implementato anche nelle Società della salute, ossia nelle articolazioni di zona. Sempre a partire dal 2008, si è di fatto costituito un *network* di Regioni interessate all'implementazione del sistema di valutazione della performance, al confronto in *benchmarking* e allo scambio di dati, conoscenze e *best practices*.

Ad oggi, le Regioni facenti parte del *network*, sono oltre alla Toscana, la Liguria, il Piemonte, l'Umbria, la Provincia autonoma di Trento e la Valle d'Aosta. Infine, a partire dal 2007, il sistema è stato reso disponibile su web con una versione più ampia e articolata per il management e, dal 2008, con una modalità più sintetica per i cittadini.

La dimensione della valutazione esterna, completamente centrata sul vissuto dei pazienti, ha come obiettivo quello di rilevare la valutazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari cui hanno accesso: in particolare, le valutazioni non riguardano solo le cure sanitarie prestate, intese in senso stretto, bensì i singoli aspetti, centrali e accessori, dell'intera assistenza ricevuta. Al fine di raccogliere la percezione dei cittadini, già a partire dal 2005, sono realizzate ogni anno in modo sistematico in tutte le aziende del sistema, con gli stessi strumenti e metodologie, indagini quantitative di soddisfazione di un insieme di cittadini che hanno fruito di un servizio sanitario (medicina di base, servizi ambulatoriali e diagnostici, servizi di ricovero, servizi distrettuali, assistenza domiciliare ecc.). La valutazione dei cittadini, raccolta attraverso indicatori condivisi, metodologie e tecniche valide, ha fornito un'immagine chiara della qualità percepita dei servizi offerti dal sistema sanitario toscano che, come altri sistemi sanitari regionali, nazionali e internazionali, nell'ultimo decennio ha vissuto grandi cambiamenti, necessari per far fronte ai nuovi

bisogni dei cittadini. Chiedere, infatti, direttamente ai cittadini di riportare la propria esperienza personale rispondendo alle domande preposte dal questionario permette di misurare il loro livello di soddisfazione in relazione ai servizi sanitari fruiti, di evidenziare i punti di forza dei singoli servizi e di far emergere le possibili aree di miglioramento. Sulla base di quanto stabilito dal Piano sanitario nazionale 2006-2008, cioè, oltre a individuare in modo chiaro le aspettative e le priorità dei pazienti e a coinvolgerli nel processo di cura e assistenza ricorrendo all'approccio della decisione condivisa, permette al sistema di «richiedere il loro *feedback*, anche sui servizi, e avviare conseguenti processi di miglioramento». Chiedere agli utenti di valutare la qualità dei servizi sanitari di cui usufruiscono, raccogliendo le singole esperienze e rilevando il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta, rende dunque il cittadino partecipe della gestione e della pianificazione dei servizi. Allo stesso tempo, i *feedback* dei pazienti diventano per il management una risorsa e uno strumento importante per superare l'asimmetria informativa che caratterizza la gestione di questo tipo di servizi, offrendo informazioni sulla qualità percepita, sui bisogni e sulle attese non soddisfatte dei propri assistiti – informazioni utili per avviare processi di miglioramento mirati, efficienti ed efficaci basati sulle reali esigenze dei cittadini stessi.

Infine, le indagini svolte tramite una metodologia comune, tanto nella fase del reclutamento che del campionamento e della rilevazione, permettono la confrontabilità dei risultati nel tempo, tra le aziende tra livelli di soddisfazione relativi a servizi simili. Avere, infatti, l'80% di cittadini soddisfatti può essere, ad esempio, un risultato lusinghiero, ma diventa un punto di partenza per attivare processi di miglioramento interno se rappresenta il risultato più basso registrato tra tutte le aziende del sistema regionale.

Tra i servizi sanitari monitorati in questa dimensione, rilevanza particolare nella strategia regionale riveste la performance dei servizi di Emergenza urgenza. Negli ultimi anni, anche in Toscana, come nel resto dei Paesi occidentali, si registra un continuo aumento di accessi al Pronto soccorso (Ps), in particolare per bisogni di lieve entità, cui l'utente potrebbe trovare risposta anche in

altri *setting* assistenziali. In Toscana, infatti, Regione che conta 3,7 milioni di abitanti circa, sono dislocati 44 Ps che afferiscono a 12 Aziende sanitarie locali e 4 Aziende ospedaliero-universitarie e, nell'anno 2007, si sono registrati complessivamente circa 1,3 milioni di accessi ai Ps di tutto il territorio regionale, a conferma appunto che il Ps viene percepito come punto di riferimento per rispondere al bisogno di salute e sicurezza del cittadino.

Molti considerano inappropriato l'uso di questi servizi da parte della popolazione, che dovrebbe rivolgersi al medico di famiglia per bisogni non urgenti seguendo altri percorsi assistenziali. La realtà è che, anche dove la medicina territoriale è un'alternativa adeguata, integrata con il servizio di guardia medica e capace di offrire continuità di assistenza nelle 24 ore, molti cittadini preferiscono rivolgersi al Pronto soccorso, accettando anche lunghe attese, ma soddisfatti di ricevere un servizio «chiavi in mano», ossia un servizio comprensivo degli esami diagnostici, ove necessari, e con una diagnosi finale. A ciò si aggiungono altre circostanze che contribuiscono a rendere «particolare» questo servizio agli occhi del cittadino: incapacità di scegliere la struttura per le prestazioni, una particolare condizione fisica di emergenza soggettiva o oggettiva, l'impatto «della prima volta» con l'ambiente sanitario, incognite per mancanza di consuetudine, l'assegnazione casuale del personale medico-infermieristico e, quindi, l'assenza della relazione consolidata tra paziente e medico di fiducia (Goldwag, 2002).

La Regione Toscana, inoltre, nel Piano sanitario regionale 2008-2010 (Cap. 4.2) ha inteso confermare il ruolo strategico del Pronto soccorso quale porta di ingresso al sistema di assistenza ospedaliera e considera cruciale per la performance complessiva il miglioramento del servizio. Per i suddetti motivi, fin dal 2005, ogni anno la Regione e le Aziende del sistema hanno affidato al Laboratorio MeS lo svolgimento di un'indagine telefonica su un campione rappresentativo di utenti per monitorare il grado complessivo di soddisfazione dei cittadini, ma anche per misurare il gradimento di specifici aspetti dell'offerta erogata e per registrare le esperienze vissute dagli utenti.

In particolare, è obiettivo strategico di tutte le aziende sanitarie toscane, oggetto anche

di incentivazione per le direzioni generali,¹ la riduzione del numero degli utenti molto o completamente insoddisfatti che, come è noto, hanno effetti assai più ampi e pervasivi, in termini di immagine, degli utenti soddisfatti.²

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha fornito dunque annualmente al management aziendale e ai responsabili dei dipartimenti di Emergenza e urgenza un rapporto con i risultati conseguiti in *benchmarking* (Nutti, 2007) e il dettaglio delle risposte date dai cittadini a ogni quesito dell'indagine.

Una volta nota, però, la performance conseguita da ciascun Pronto soccorso, è diventato urgente e rilevante anche fornire al management un metodo per supportare i processi decisionali relativi agli interventi da realizzare per aumentare la soddisfazione degli utenti. In particolare, considerando che molti sono gli aspetti che influiscono sulla soddisfazione dell'utente, è importante fornire al management un metodo per valutare su quale aspetto puntare prioritariamente, ossia su quali elementi investire per ottenere il massimo risultato possibile in termini di miglioramento del livello di soddisfazione.

Con queste premesse, sono stati applicati ai dati ottenuti dall'indagine telefonica congiuntamente i modelli di regressione e di ottimizzazione, al fine di identificare, per ogni azienda, i punti critici dell'assistenza fornita su cui investire per migliorare il livello di soddisfazione degli utenti dei Ps toscani.

Nei paragrafi successivi viene, in primo luogo, presentata la struttura e la metodologia adottata per realizzare l'indagine. Nel terzo e quarto paragrafo sono riportate le caratteristiche del questionario e i risultati ottenuti in termini descrittivi, mentre nel quinto si espone l'applicazione del modello di ottimizzazione. Nel sesto paragrafo si illustrano le conseguenze dell'applicazione del modello valide per ciascuna azienda toscana e, infine, l'ultimo paragrafo è dedicato alle considerazioni conclusive con gli aspetti problematici tuttora aperti per la ricerca futura.

2. Dati e metodi

L'indagine è stata realizzata su tutti i punti di Ps regionali e ha coinvolto un campione di utenti maggiorenni che ha avuto almeno un accesso in Ps nell'arco di tre settimane

consecutive comprese tra settembre e ottobre 2007.

Ai pazienti che si sono recati in Ps nel periodo oggetto di studio è stata distribuita al *trriage* (accettazione) una informativa contenente gli obiettivi e il metodo della rilevazione oltre alle informazioni riguardanti la normativa sul rispetto della privacy. La popolazione di riferimento dello studio non include coloro che non hanno dato il proprio assenso a partecipare all'indagine, così come i pazienti che non sono in grado di intendere e di volere, incoscienti o che non parlano la lingua italiana.

Nel periodo settembre-ottobre, preso come riferimento per lo studio in oggetto, si è registrato un totale di circa 77.000 accessi a livello regionale di cui, considerando i motivi di esclusione sopra menzionati, 50.000 (circa il 70%) costituito da pazienti potenzialmente contattabili. Sulla base della suddetta popolazione di riferimento è stato elaborato il piano di campionamento in grado di restituire stime con rappresentatività a livello aziendale. La numerosità campionaria è stata definita sulla base del numero di accessi registrati nelle singole Aziende e distribuita in modo proporzionale rispetto al volume degli accessi realizzati nei singoli punti di Pronto soccorso.

È stata scelta, inoltre, una tecnica di campionamento stratificata sulla base di due criteri: il punto di Pronto soccorso, presso il quale è avvenuto l'accesso, e il codice colore (sui codici è stata effettuata l'aggregazione tra azzurro e bianco e tra rosso e giallo).

Per l'assegnazione di tale numerosità campionaria è stata utilizzata la formula relativa alla stima di proporzioni (percentuali), adottando quali parametri di riferimento la precisione e la significatività delle stime. Nello specifico, i livelli stabiliti per questi due parametri sono i seguenti: Significatività = $P = 0,05$ Precisione = $D = 0,04$ per le aziende con oltre 4 PS e $D = 0,05$ per tutte le altre aziende. La metodologia di campionamento illustrata ha dato origine a un campione di numerosità complessiva regionale pari a 5.595 utenti. L'indagine telefonica è stata realizzata sulla base di un questionario appositamente strutturato, per rilevare sia l'esperienza degli utenti sia il loro livello di soddisfazione. Le interviste sono state condotte secondo la metodologia CATI (*Computer*

Assisted Telephone Interviews): i cittadini sono stati contattati telefonicamente presso il proprio domicilio dal gruppo di rilevatori appositamente formati del Laboratorio management e sanità, supportati nel corso dell'intervista da un *software ad hoc*. La somministrazione dell'intervista tramite la tecnica del CATI permette agli intervistatori di porre le domande leggendole sullo schermo del computer, e di registrare immediatamente le risposte dei singoli soggetti su supporto informatico. Tale modalità di rilevazione, cui sono ormai ampiamente riconosciuti diversi pregi, consente di raccogliere ed elaborare velocemente le risposte degli intervistati (Coulter, 2009). In particolare, sono state necessarie 24.000 telefonate per raggiungere la numerosità campionaria richiesta.

Nella **tabella 1** si mostrano le caratteristiche dei soggetti intervistati. In totale, lo studio ha coinvolto 3.021 donne e 2.474 uomini. In riferimento all'età degli intervistati, si rileva che la maggior parte di essi (44,9%) è costituita da adulti compresi tra i 35 e i 64 anni. Se si esaminano i dati riferiti al titolo di studio degli intervistati, risulta che più della metà è in possesso della sola licenza media, o di licenza elementare, o di nessun titolo (59,7%). Mentre l'8,8% del campione è in possesso della laurea. Per quanto riguarda, infine, la distribuzione dei dati amministrativi relativi al codice colore assegnato, risulta che gli utenti del Ps in condizioni gravi (codice giallo-rosso) sono stati circa il 17% mentre quelli con codice colore verde il 55% e bianco-azzurro il 28%.

3. Il questionario

Il questionario utilizzato per valutare la soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso è stato creato sulla base degli esempi presenti nella letteratura corrente e sulla base di indagini già svolte, sia a livello nazionale che internazionale (Boudreaux, 2003; Boudreaux, 2004; Trout, 2000).

Inoltre, prima della stesura del questionario, è stata definita una mappa casuale, condivisa con i professionisti, per individuare le determinanti della soddisfazione del paziente durante tutte le fasi del percorso di cura. La mappa concettuale ha permesso di individuare le dimensioni principali presenti nel questionario e le principali domande che

i professionisti hanno ritenuto rilevanti per misurare la soddisfazione per i diversi aspetti del percorso di cura.

Una volta individuate le dimensioni da analizzare, la maggioranza dei quesiti posti è risultata essere un adattamento delle domande dell'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso realizzata dal *Picker Institute* all'interno del programma per la rilevazione dell'esperienza e della soddisfazione dei pazienti del Servizio sanitario nazionale inglese (NHS), (Jenkinson, 2002; NHS, 2005).

Lo strumento di rilevazione, costruito specificatamente per l'indagine, ha consentito di rilevare la qualità percepita dagli utenti utilizzando scale di misura di tipo *rating* e di tipo *reporting*, rilevando rispettivamente il livello di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta e l'esperienza relativa ad alcuni aspetti specifici del percorso di cura. Questionari di questo genere, che non rilevano solo quanto il paziente è soddisfatto dell'assistenza ricevuta, offrono al management delle aziende sanitarie informazioni preziose. A livello gestionale occorre, infatti, poter individuare quali sono gli aspetti che hanno,

Tabella 1
Caratteristiche del campione

Sesso	N	%
Femmine	30,121	53,99
Maschi	2,574	46,01
Età	N	%
< 35	1,232	22,02
35-64	2,616	44,97
> 64	1,874	33,01
Titolo studio	N	%
Nessuno/element	1,728	30,88
Media inferiore	1,614	28,85
Media superiore	1,702	30,42
Univ/post univ	463,000	8,28
Non rilevato	88,000	1,57
Codice colore	N	%
Bianco-azzurro	1,578	28,20
Verde	3,065	54,78
Giallo-Rosso	930,000	16,62
Non assegnato	22,000	0,39

ad esempio, generato uno stato di insoddisfazione nei pazienti di un determinato servizio, così da poter intervenire in modo efficace ed efficiente, soddisfacendo le attese e i reali bisogni del paziente.

Il questionario è costituito da 49 domande, le cui prime 9 riguardano informazioni sull'eventuale contatto con il medico di famiglia prima dell'arrivo al Pronto soccorso e le modalità di arrivo. Le domande dalla 9 alla 42 hanno direttamente a che fare con la valutazione da parte dell'utente delle diverse fasi del percorso di cura (Personale medico, Personale infermieristico, Coinvolgimento/Umanizzazione, Accesso/Accoglienza, Comfort). Le ultime due domande intendono misurare la soddisfazione globale, espressa in termini di grado di soddisfazione sulla qualità dell'intero servizio e la volontà o meno di scegliere di rivolgersi alla stessa struttura in caso di bisogno. Le domande restanti sono di carattere socio-demografico.

Le scale utilizzate per esprimere il grado di soddisfazione relativo ai diversi aspetti del servizio sono espresse su una scala da 1 (minima soddisfazione) a 5 (massima soddisfazione), oppure su una scala da 1 (minima soddisfazione) a 3 (massima soddisfazione).

L'analisi delle caratteristiche psicometriche dello strumento è stata ricondotta alla fine della raccolta dei dati sulle 20 domande che valutano la soddisfazione relativa ai seguenti aspetti: accoglienza al *triage*, caratteristiche della sala d'attesa (esclusa la pulizia dei bagni per l'elevato numero di valori mancanti, ovvero di utenti che non hanno utilizzato i bagni), caratteristiche del personale medico e del personale infermieristico.

La validità di costruito è stata analizzata attraverso l'analisi fattoriale, che ha rilevato una struttura fattoriale a 5 fattori (α di Cronbach compreso tra 0.73 e 0.91). I 5 fattori individuati sembrano rispecchiare la dimensione dell'analisi rilevando e, quindi, misurando la soddisfazione del paziente rispetto al personale medico e infermieristico del Pronto soccorso, al coinvolgimento del paziente stesso in termini di cure ricevute e di informazioni acquisite, ai tempi di attesa e, infine, al livello di pulizia e comfort della sala di attesa. Per testare la validità predittiva è stata, quindi, seguita la procedura descritta da Carey e Seibert (1993). Inizialmente sono stati calcolati i coefficienti di correlazione

tra i 5 fattori e la domanda sulla soddisfazione globale («Come valuta la qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto soccorso?»). I coefficienti di correlazione, che hanno assunto valori tra 0,37 e 0,75, sono risultati fortemente significativi ($p < 0.001$) suggerendo che tutti i 5 fattori intendono misurare aspetti riguardanti la soddisfazione del paziente. Infine, è stata effettuata una regressione multipla che ha rivelato che l'82% della variabilità risulta spiegata dai 5 fattori.³

4. Principali risultati descrittivi dell'indagine

Affinché sia di aiuto alle scelte strategiche e organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, il giudizio dell'utente deve essere articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali e accessori nella valutazione del servizio. Solo così si può procedere verso un riorientamento dell'attività delle istituzioni che veda il cittadino sempre più protagonista e responsabile del processo di erogazione del servizio di pubblica utilità, di cui egli è appunto il soggetto centrale.

Nel sistema di valutazione della performance sono presenti due indicatori dedicati all'esperienza dei cittadini che ricorrono ai servizi di Pronto soccorso:

- D8-Livello di soddisfazione PS;
- D10-Livello di insoddisfazione PS.

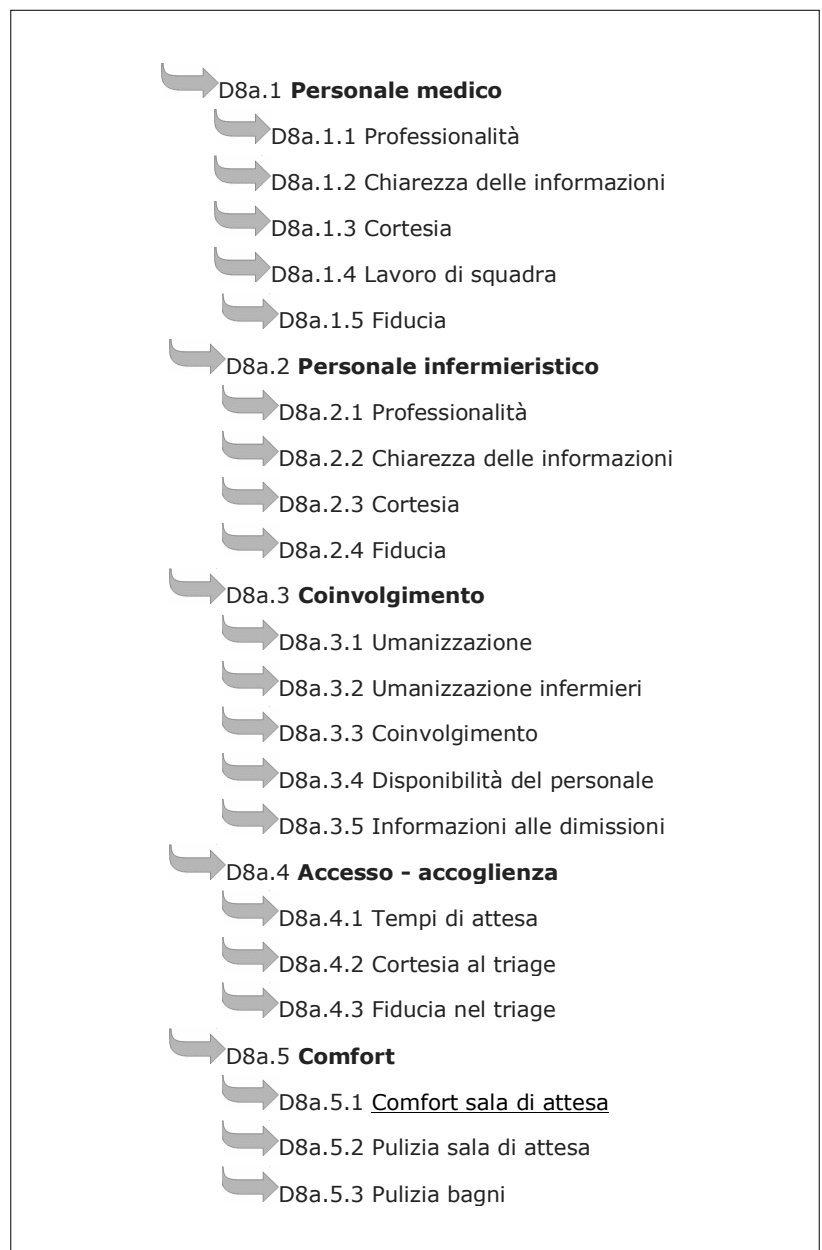
L'indicatore D8 sintetizza il livello di soddisfazione complessiva espresso dagli utenti, mentre il D10 misura il grado di insoddisfazione degli stessi utenti, focalizzandosi soltanto su coloro che dichiarano di essere poco o per nulla soddisfatti della qualità dell'assistenza ricevuta al Ps.

Di seguito si mostrano la struttura dell'indicatore D8 (**figura 1**), valida anche per l'indicatore D10 e la relativa valutazione (**figura 2**).

Il livello di soddisfazione (D8) viene espresso mediante l'utilizzo di un punteggio, calcolato come media pesata (pesi 5 = 100, 4 = 75, 3 = 50, 2 = 25, 1 = 0) e riportata in scala da 0 a 5 delle risposte ottenute alla domanda: «Da 1 a 5, quale è il suo giudizio sulla qualità della assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?» in cui 0 corrisponde a una valutazione

peissima e 5 a una valutazione eccellente. Pur non rientrando nel calcolo dell'indicatore, l'indicatore monitora anche le distribuzioni e i punteggi dei principali *item* nel questionario, suddivisi in 5 dimensioni: personale medico, personale infermieristico, coinvolgimento/umanizzazione, accesso/accoglienza, comfort. Gli insoddisfatti della qualità complessiva del Ps sono invece identificati dai pazienti che alla stessa domanda hanno risposto 1 o 2. In particolare, se le strutture sono state valutate complessivamente da un 8% e oltre di utenti come totalmente insoddisfatti o poco soddisfatti, l'azienda registra un punteggio compreso tra 0 e 1; se la percentuale degli utenti insoddisfatti rientra tra l'8% al 6%, il punteggio risulta tra 1 e 2; se invece gli utenti insoddisfatti sono compresi tra il 6% e il 4%, tra il 4% e il 2% oppure tra il 2% e lo 0%, le aziende otterranno rispettivamente punteggi compresi tra il 2 e il 3, tra il 3 e il 4 e tra il 4 e il 5. Dai dati emerge che, a livello regionale, quasi l'85% dei pazienti risulta totalmente o molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta. In ogni singola azienda, come mostra la **figura 3**, la soddisfazione complessiva (utenti totalmente e molto soddisfatti) varia tra il 68% della Azienda ospedaliera di Prato e il 93% dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer. Gli utenti insoddisfatti (poco o per nulla soddisfatti) sono passati da oltre l'8% nel 2006 a circa il 5,4% nel 2007, con una diminuzione più o meno accentuata in quasi tutte le aziende. Confrontando questi dati con quelli dell'indagine precedente, realizzata nell'anno 2006, si registra pertanto un miglioramento del grado di soddisfazione complessiva a livello regionale e in tutte le 16 aziende, dovuto in particolare a un aumento degli utenti totalmente soddisfatti, che passano dal 24,35% del 2006 al 39,47% del 2007, ma anche a una diminuzione degli utenti poco e per nulla soddisfatti. Riguardo agli altri *item*, si registra un miglioramento generale a livello regionale, fatta eccezione per il comfort della sala d'attesa e i tempi di attesa, che invece hanno ottenuto una valutazione meno positiva rispetto al 2006. Tali valutazioni variano da azienda ad azienda, in alcuni casi in modo evidente.

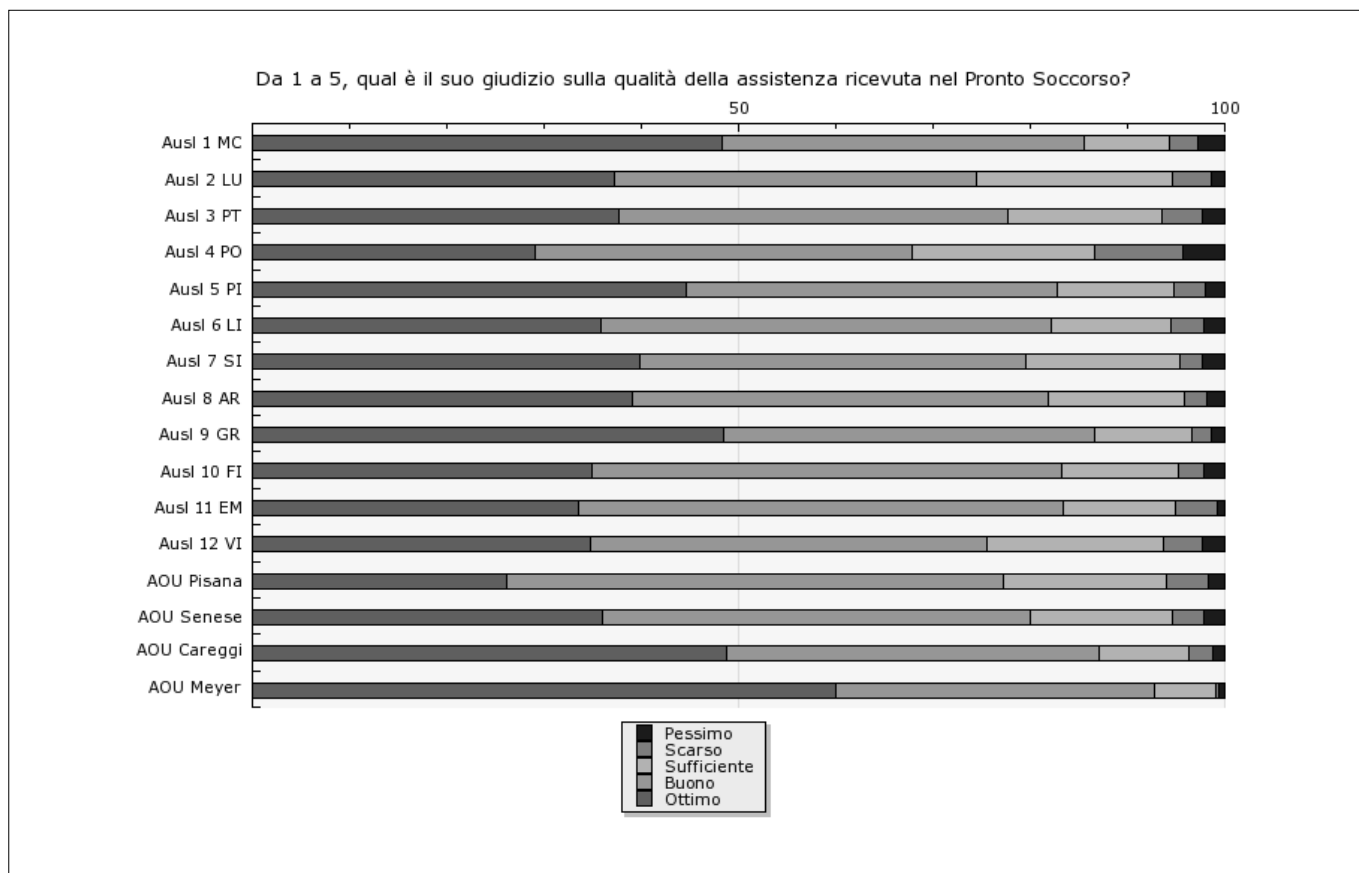
Tuttavia, pur registrando un livello di soddisfazione media piuttosto elevato, in alcuni casi appare ancora alto il numero di utenti



insoddisfatti dei servizi di Pronto soccorso, come emerge dai precedenti dati che mettono in luce le criticità presenti in modo più rilevante in alcuni *item*, come i tempi di attesa, il coinvolgimento e gli aspetti legati al comfort.

Aspetto da evidenziare è come il fattore determinante l'insoddisfazione nei servizi non divenga, se in positivo, quello che crea soddisfazione (Zemke, Schaaf, 1989; Venison, 1983). Se la sala d'attesa del Pronto

Figura 1
Struttura albero Livello di soddisfazione Ps

**Figura 2**

Valutazione relativa alla domanda «Qual è il Suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?»

soccorso risulta sporca e le sedie insufficienti, l'utente sarà assai insoddisfatto ma, all'opposto, la sala pulita e le sedie in numero adeguato rispetto agli utenti non sono fattori determinanti per la soddisfazione del paziente. Potrà, invece, influire (una volta raggiunti gli standard percepiti quali minimi o «igienici» del servizio), per esempio, una comunicazione adeguata e personalizzata da parte del personale. Un utente che si dichiara totalmente insoddisfatto, quindi, è certamente reduce di un'esperienza di servizio in cui sono risultati inadeguati i fattori «igienici», ossia aspetti di base percepiti come minimi indispensabili.

Non a caso l'obiettivo specifico assegnato alle aziende per l'anno 2008 (del. G.R. 140/2008) è stato costruito sulla diminuzione del numero di utenti totalmente o molto insoddisfatti del servizio ricevuto anziché sull'aumento del livello di soddisfazione. Questa scelta nasce dalla considerazione che sebbene sia indiscutibilmente importante au-

mentare il numero di utenti soddisfatti, lo è ancor di più diminuire quello degli insoddisfatti.

In alcuni casi erogare un servizio che ottenga la massima soddisfazione degli utenti può dimostrarsi obiettivo irrealistico, ma certamente bisogna evitare quelle mancanze che determinano la totale insoddisfazione, anche perché questa se irrisolta, preclude anche la possibilità di percezione positiva. Inoltre, gli utenti insoddisfatti tendono a diffondere e a comunicare il disagio ricevuto molto più diffusamente nella propria comunità di appartenenza, con evidente danno all'immagine del soggetto erogatore (Garlatti, 1992).

È interessante, infine, notare (tabella 2) che oltre la metà degli intervistati non è a conoscenza del codice colore assegnato al *triage*, mettendo in evidenza che probabilmente non sono ancora chiare agli utenti le modalità per decidere la priorità di accesso al Ps e che la comunicazione del codice da parte degli operatori non risulta efficace.

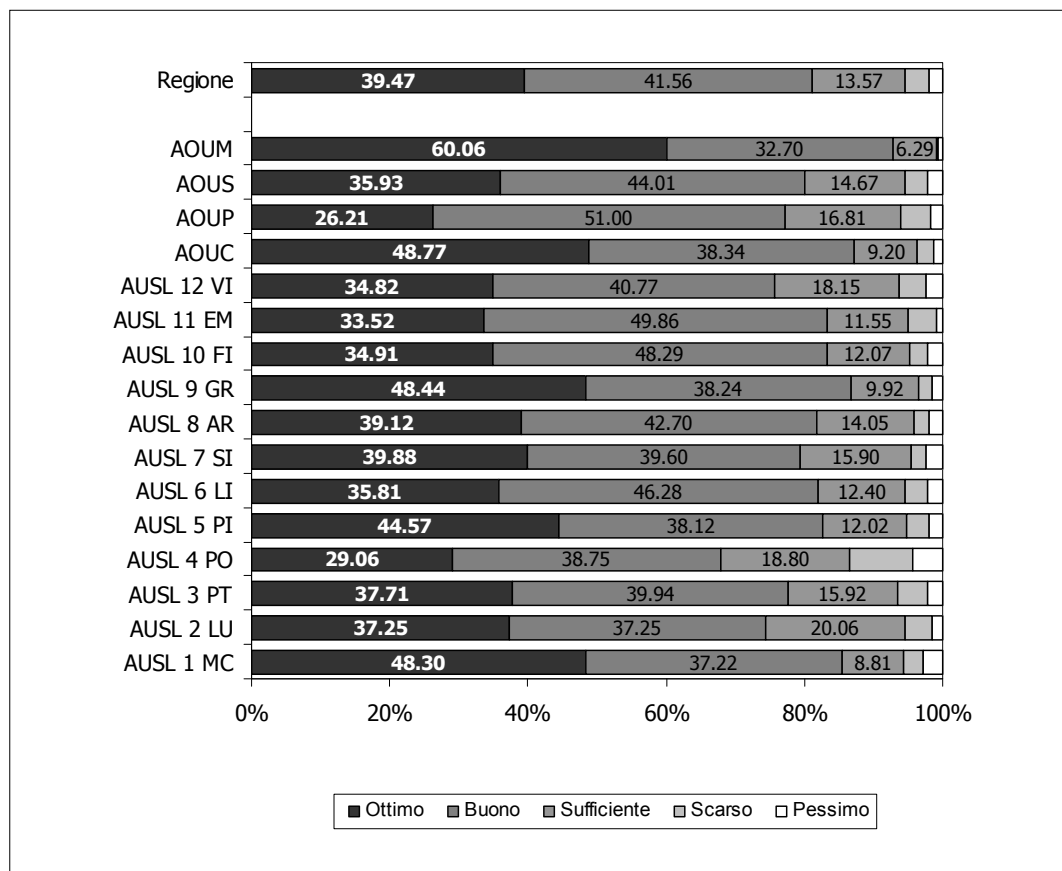


Figura 3
Distribuzione percentuale delle risposte ottenute alla domanda «Qual è il Suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?»

5. Il modello di ottimizzazione

La soddisfazione del paziente è un importante indicatore di performance dell'attività del Pronto soccorso, tuttavia le strategie più efficaci da intraprendere per migliorarla sono ancora poco chiare e inesplorate nella ricerca scientifica. La finalità dello studio è stata pertanto quella di individuare in ogni singola azienda le principali determinanti della soddisfazione e di stimare in modo quantitativo la loro incidenza sul livello di soddisfazione dei pazienti.

In particolare, sono stati identificati quegli aspetti del servizio offerto in Pronto soccorso (cortesia dei medici, coinvolgimento del paziente, ecc.) su cui far leva al fine di ottenere un predeterminato incremento del grado di soddisfazione degli utenti circa l'assistenza ricevuta.

Al fine di individuare i suddetti aspetti dal punto di vista metodologico, è stata applicata a livello regionale la metodologia

introdotta per la prima volta in questo ambito da Brown (2005) e Sandoval (2005). Una volta dimostrata la robustezza del metodo e la sua applicabilità in diversi *setting* (Seghieri, 2009), il modello di ottimizzazione è stato applicato all'ambito aziendale al fine di individuare, considerando le specificità locali, gli aspetti dell'assistenza su cui puntare per migliorare la soddisfazione degli utenti.

Sebbene, infatti, i modelli di regressione possano essere considerati efficienti, in quanto permettono di individuare i più forti predittori della variabile dipendente, tuttavia, soprattutto per supportare i processi decisionali relativi alle azioni da attivare, non è sufficiente conoscere le variabili maggiormente correlate con l'*outcome*. Per garantire la massima efficacia possibile agli interventi da adottare, è utile considerare e focalizzare l'azione su quei fattori che risultano avere una performance media più scarsa. Il modello di ottimizzazione, infatti, considera che il

Aziende	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	N. utenti
Ausl 1 MC	48,30	37,22	8,81	2,84	2,84	352
Ausl 2 LU	37,25	37,25	20,06	4,01	1,43	349
Ausl 3 PT	37,71	39,94	15,92	4,19	2,23	358
Ausl 4 PO	29,06	38,75	18,80	9,12	4,27	351
Ausl 5 PI	44,57	38,12	12,02	3,23	2,05	341
Ausl 6 LI	35,81	46,28	12,40	3,31	2,20	363
Ausl 7 SI	39,88	39,60	15,90	2,31	2,31	346
Ausl 8 AR	39,12	42,70	14,05	2,20	1,93	363
Ausl 9 GR	48,44	38,24	9,92	1,98	1,42	353
Ausl 10 FI	34,91	48,29	12,07	2,62	2,10	381
Ausl 11 EM	33,52	49,86	11,55	4,23	0,85	355
Ausl 12 VI	34,82	40,77	18,15	3,87	2,38	336
AouC	48,77	38,34	9,20	2,45	1,23	326
AouP	26,21	51,00	16,81	4,27	1,71	351
AouS	35,93	44,01	14,67	3,29	2,10	334
AouM	60,06	32,70	6,29	0,31	0,63	318
Regione	39,47	41,56	13,57	3,41	1,99	5577

Codice colore dichiarato durante l'intervista

Codice colore da sistema informativo aziendale	Azzurro-Bianco	Verde	Giallo-Rosso	Non so/non comunicato	N. utenti
	Azzurro-Bianco	38,21	9,95	3,23	48,61
Verde	6,46	24,89	6,82	61,83	3065
Giallo-Rosso	1,18	5,91	32,15	60,75	930
Totale	812	975	559	3227	5573

Tabella 2

Conoscenza del codice colore attribuito al *triage*

miglioramento del punteggio di una variabile che è molto vicino al suo *benchmark* sia più difficile rispetto a quello di una variabile che ne è invece lontano. Dal punto di vista matematico, il modello di ottimizzazione impiega come informazioni iniziali la stima dei coefficienti del modello di regressione e il valore medio delle covariate. Partendo da questi dati, il modello si traduce, quindi, in un problema di ottimizzazione non lineare vincolata e per risolverlo, ovvero individuare la soluzione ottima, viene utilizzato lo strumento Risolutore di Excel il quale impiega l'algoritmo *Generalized Reduced Gradient* (GRG2).

In termini formali, definite con X_i , $i = 1, \dots, 20$ le 20 misure di soddisfazione e con Y_i la rispettiva performance media (giudizio medio espresso da tutti i soggetti), obiettivo dell'ottimizzazione è quello di individuare, sotto determinati vincoli, quell'insieme di aspetti di cura (X_i) che, con un minimo mi-

glioramento, permetta di raggiungere un fissato livello di soddisfazione globale.

Tradotto in termini di formule:

$$\min \sum_{i=1}^{20} \left| \frac{X_i - Y_i}{Y_i} \right|$$

Soggetto ai seguenti vincoli:

- 1) $X_i \geq 1$
- 2) $X_i \leq Y_i$
- 3) $X_i \geq 0.85 * Y_i$
- 4) $(\hat{X}_1, \hat{X}_2, \dots, \hat{X}_{20}) \leq 0.95 * (\hat{Y}_1, \hat{Y}_2, \dots, \hat{Y}_{20})$

Dove per \hat{X}_i e \hat{Y}_i si intendono i valori predetti ottenuti dal modello di regressione logistica.

Il primo vincolo impone la condizione che nessuno dei predittori migliori la propria performance oltre il valore massimo (valuta-

zione eccellente). Il secondo vincolo forza il modello a individuare valori migliori della performance media. Il terzo vincolo impone la condizione che nessun predittore migliori la propria performance oltre il 15% di quella media. Infine, il quarto vincolo fissa l'incremento della variabile dipendente al 5% o più. Per una spiegazione più approfondita sul modello di ottimizzazione si rimanda a Brown (2005).

Per quanto riguarda l'applicazione del modello di ottimizzazione ai dati Toscani, sono stati calcolati inizialmente i coefficienti di correlazione di Pearson al fine di individuare quegli aspetti dell'assistenza ricevuta che risultino essere significativamente associati al quesito di soddisfazione globale. Tutti e venti i quesiti individuati precedentemente con l'analisi fattoriale sono risultati significativamente associati con la soddisfazione globale ($p < .01$).

Il passo successivo è stato, quindi, l'utilizzo della regressione logistica ordinale per stimare, tramite i coefficienti di regressione, l'impatto di ciascuno dei venti *item* sulla domanda di soddisfazione globale, separatamente per ogni azienda.

Infine, partendo dalla stima dei coefficienti di regressione precedentemente calcolati e dal livello di performance medio (misurato come livello medio di soddisfazione degli aspetti dell'assistenza ricevuta percepita dall'utente), tramite l'algoritmo di massimizzazione è stata identificata la combinazione ottimale di covariate (aspetti dell'assistenza ricevuta) di ogni azienda in grado di incrementare il livello di soddisfazione globale al massimo del 15%.

6. Risultati

Le analisi sono state effettuate sia a livello regionale sia a livello aziendale. In entrambe le analisi, multivariata e di ottimizzazione, è emersa una elevata variabilità tra le aziende sia nella tipologia che nel numero di aspetti rilevanti per la soddisfazione. Vale la pena sottolineare però che, nonostante l'eterogeneità dei risultati ottenuti, si nota l'esistenza di un *item* comune a tutte le aziende. Il fattore cui si fa riferimento è il «lavoro di squadra», che risulta dalla domanda del questionario così strutturata: «Qual è il suo giudizio su come il personale medico e infer-

mieristico hanno lavorato insieme?». Questo fattore non solo entra in gioco in ogni singola azienda come determinante di soddisfazione, ma risulta essere in tutte le realtà l'*item* che incide maggiormente nella valutazione della qualità complessiva. Questo dato dimostra quanto sia importante per il paziente la presa in carico da parte di una *équipe* ben consolidata, che collabori in modo sinergico e proattivo per soddisfarne i bisogni. Il lavoro in *équipe* del personale sanitario è un fattore che rassicura il paziente e incide sulla sua capacità di gestione dell'ansia.

Altri studi in letteratura hanno dimostrato, inoltre, che una buona relazione tra personale medico e infermieristico permette oltre a un miglior utilizzo delle risorse, anche una più adeguata gestione del percorso di cura del paziente (Aiken, 1987; Schmalenberg, 2005; Shortell, 1994).

Alla luce di questi risultati, appare chiaro come ogni azienda dovrebbe innanzitutto focalizzare i propri sforzi in questa direzione, con l'obiettivo di costituire una squadra capace di collaborare nel rispetto dei diversi ruoli professionali. Spesso, infatti, negli ambienti sanitari si immagina che l'utente non colga questo aspetto, mentre l'esperienza toscana dimostra che esso viene percepito molto chiaramente e incide non solo sulla qualità del servizio, ma anche sulla soddisfazione dell'utente.

Altri elementi che assumono particolare rilievo come determinanti della soddisfazione a livello regionale, sebbene non presenti in tutte le aziende, sono la professionalità e la cortesia del personale medico e infermieristico. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, invece, i tempi di attesa incidono soltanto in alcuni casi.

Fatta, quindi, eccezione per l'*item* «lavoro di squadra», le aziende registrano elementi diversi che svolgono un impatto sulla soddisfazione degli utenti. Si considerino, ad esempio, le Aziende sanitarie 1 Massa Carrara e 5 Pisa (rispettivamente **tabella 3** e **tabella 4**), che presentano analoghi livelli di soddisfazione, con punteggi rispettivamente di 4,00 e 4,07. Fermo restando, in entrambi i casi, l'investimento sul *team*, l'azienda di Massa Carrara, per accrescere il livello di soddisfazione del 15%, dovrebbe puntare sull'aumento della soddisfazione relativa ai tempi di attesa (+ 15%) e alla cortesia del

Tabella 3

Ausi 1 Massa Carrara. Determinanti della soddisfazione complessiva

% miglioramento soddisfazione globale	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀		
1%																					2%	
2%																						3%
3%																						5%
4%																						7%
5%																						8%
6%																						10%
7%																						11%
8%																						13%
9%																						15%
10%				2%																		15%
11%				5%																		15%
12%				8%																		15%
13%				11%																		15%
14%				15%																		15%
15%				15%												6%						15%

X₄: Giudizio Tempi di attesa
 X₁₆: Cortesia infermieri
 X₃: Tempi di attesa
 X₂₀: Lavoro di squadra

Tabella 4

Ausi 5 Pisa. Determinanti della soddisfazione complessiva

% miglioramento soddisfazione globale	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀			
1%																						2%	
2%																							4%
3%																							5%
4%																							7%
5%																							9%
6%																							10%
7%																							12%
8%																							13%
9%																							14%
10%																1%							15%
11%																3%							15%
12%																5%							15%
13%																7%							15%
14%																10%							15%
15%																12%							15%

X₁₅: Chiarezza informazioni
 X₂₀: Lavoro di squadra

personale infermieristico (+ 6%). Nel caso dell'Azienda 5 Pisa, invece, migliorare unicamente la comunicazione da parte del personale infermieristico, per renderla più chiara ed efficace (+ 1%), porterebbe a un aumento del grado di soddisfazione del 10%. In sintesi, le tabelle mostrano nel dettaglio il numero e in che misura ogni *item* analizzato impatta sulla percezione della qualità e sulla capacità di ognuna di incidere sulla performance complessiva.

Inoltre, considerando l'Azienda sanitaria 12 Versilia (figura 4), ad esempio, per incrementare la soddisfazione fino al 7% sarà sufficiente che l'azienda focalizzi i propri sforzi in una sola direzione, ossia, ancora una volta, sul livello di collaborazione tra lo staff infermieristico e quello medico. Tuttavia, se l'azienda si ponesse prospettive più sfidanti e volesse portare al 15% il livello di soddisfazione complessiva, dovrebbe agire, oltre che sul lavoro di squadra, anche su altre variabili quali la professionalità dei medici, la chiarezza delle informazioni, le informazioni al momento della dimissione, i tempi di attesa e sulla cortesia del personale al *triage*. Se, invece, si considerano l'Azienda sanitaria 8 di Arezzo e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, le variabili che entrano in gioco nel caso in cui si voglia incrementare del 15% il livello di soddisfazione complessiva sono solamente due. Oltre che il lavoro di squadra, l'Azienda di Arezzo dovrebbe migliorare la professionalità dello staff medico, mentre l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi il comfort della sala di attesa.

Per rendere comprensibili e di facile utilizzo i risultati a supporto del management sanitario, il Laboratorio MeS ha infine predisposto una reportistica specifica. La figura 4 presenta un estratto del materiale fornito a ogni azienda.

7. Conclusioni

Gli strumenti di valutazione della soddisfazione dell'utenza sono entrati a pieno titolo tra quelli che supportano la *governance* dei servizi di pubblica utilità. Un limite, pe-

rò, spesso riscontrato dal management è che tali strumenti di tipo statistico-quantitativo, pur essendo capaci di evidenziare con un buon livello di rappresentatività il punto di vista dell'utenza, hanno natura descrittiva. Frequentemente, infatti, per poter avere indicazioni sulle determinanti dei risultati di soddisfazione a integrazione delle indagini statistico-quantitative, vengono realizzati studi qualitativi (*focus* sui pazienti e interviste semi-strutturate).

La misurazione della qualità percepita, in un ambito multidimensionale di valutazione della performance aziendale, non deve essere, tuttavia, uno strumento rigido capace di elencare e descrivere unicamente aspetti positivi e negativi del servizio, ma al contempo, deve divenire uno strumento sensibile e agile, in grado di fornire, nel breve, alle aziende, indicazioni quantitative sul grado ottimale di miglioramento della qualità dei diversi aspetti del percorso di cura da perseguire, per accrescere il numero dei cittadini che si dichiarano soddisfatti del servizio nel suo complesso.

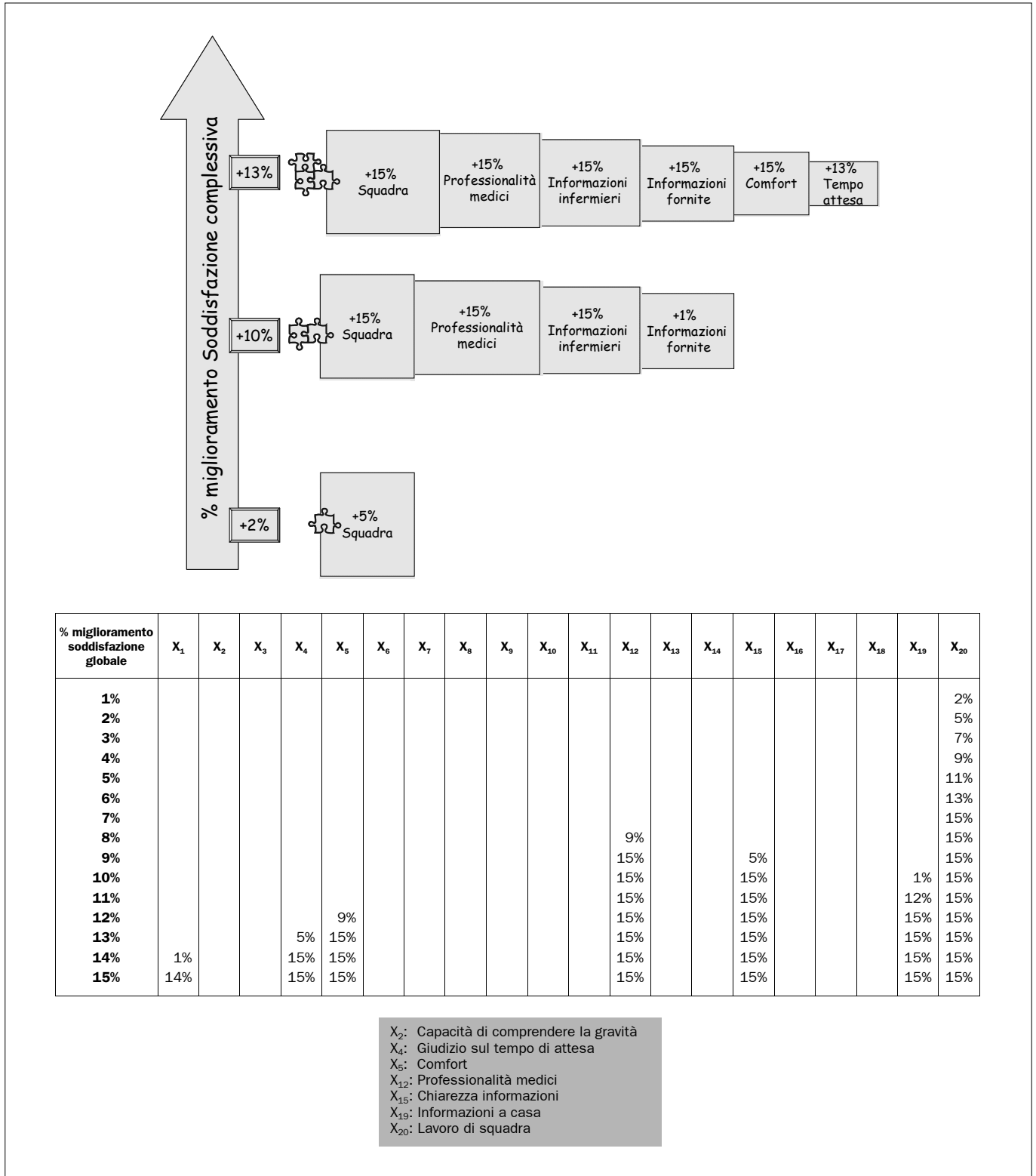
Il lavoro presentato in questo articolo propone l'utilizzo delle indagini campionarie non solo come metodi per descrivere e valutare i risultati, ma anche come strumento per supportare i processi di programmazione strategica al fine di individuare linee di azione coerenti con quanto è effettivamente importante per l'utenza.

Se la sanità pubblica vuole compiere un salto di miglioramento nelle competenze manageriali, è auspicabile che si doti sempre più di strumenti rigorosi basati su evidenze quantitative capaci di orientare le scelte di investimento e di allocazione delle risorse in linea con le esigenze dell'utenza.

Note

1. Per una maggior dettaglio si rimanda alla Delibera Giunta Regionale n. 623 del 04-08-2008.
2. Delibera Giunta Regionale n. 140 del 25-02-2008.
3. I risultati delle analisi relative alla validazione del questionario possono essere forniti dagli autori su richiesta.

Figura 4
Ausi 12 Versilia. Determinanti della soddisfazione complessiva



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

- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., SOCHALSKI J., HUBER J.H. (2002), «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *JAMA*, 288, pp. 1987-93.
- BOUDREAUX E.D., O'HEA E.L. (2003), «Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice», *J Emerg Med*, 26, pp. 13-26.
- BOUDREAUX E.D., D'AUTREMONT S., WOOD K., JONES G.N. (2004), «Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months», *Acad Emerg Med*, 11, pp. 51-58.
- BROWN A.D., GOLDACRE M.J., HICKS N., ROURKE J.T., MCMURTRY R.Y., BROWN J.D., ANDERSON G.M. (2001), «Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics», *Can J Public Health*, 92, pp. 155-59.
- BROWN A.D., SANDOVAL G.A., LEVINTON C., BLACKSTIEN-HIRSCH P. (2005), «Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies», *Ann Emerg Med*, 46, pp. 3-9.
- CAREY R.G., SEIBERT J.H. (1993), «A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity», *Med Care*, 31, pp. 834-45.
- CARR-HILL R.A. (1992), «The measurement of patient satisfaction», *Journal of Public Health Medicine*, 14, pp. 236-249.
- COULTER A., FITZPATRICK R., CORNEWELL J. (2009) «The point of care measures of patients' experience in hospital: purposes, methods and uses», *The King's Fund 2009*.
- DONABEDIAN A. (2003), «The quality of care. How can it be assessed?», (1988), *JAMA*, 260, pp. 1743-48.
- GILSON L. (2003), «Trust and the development of health care as a social institution», *Soc Sci Med*, 56, pp. 1453-68.
- GOLDWAG R., BERG A., YUVAL D., BENBASSAT J. (2002), «Predictors of patient dissatisfaction with emergency care», *Isr Med Assoc J*, 4, pp. 603-06.
- GOUDGE J., GILSON L. (2005), «How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience», *Soc Sci Med*, 61, pp. 1439-51.
- HALL M., DUGAN E., ZHENG B., MISHRA A. (2001), «Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?», *Milbank Q*, 79, pp. 613-39.
- JENKINSON C., COULTER A., BRUSTER S. (2002), «The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries», *Int J Qual Health Care*, 14, pp. 353-58.
- LLIFFE S., WILCOCK J., MANTHORPE J., MORIARTY J., CORNES M., CLOUGH R., BRIGHT L. (2008) «Can clinicians benefit from patient satisfaction surveys? Evaluating the NSF for older people, 2005-2006», *J R Soc Med*, 101, pp. 598-604.
- MCKINLEY R., MANKU-SCOTT T., HASTINGS A.M., FRENCH D.P., BAKER R. (1997), «Reliability and Validity of new measures of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United kingdom: development of patient questionnaire», *BMJ*, 314, pp. 193-199.
- MECHANIC D. (1998), «The Function and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care», *J Health Serv Res Policy*, 23, pp. 661-86.
- MECHANIC D., SCHLESINGER M. (1996), «The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians», *JAMA*, 275, pp. 1693-97.
- NHS (2005), *Acute Trust Emergency Department Survey 2004/2005*, <http://www.nhssurveys.org/surveys/155>.
- NUTI S. (2007) *La valutazione della performance in sanità*, il Mulino, Bologna.
- NUTI S., MARCACCI L., MURANTE A.M., FERRETTI F., BARSANTI S. (2007), «Il percorso emergenza: l'esperienza e la soddisfazione degli utenti», Report a cura del Laboratorio Management e Sanità.
- O'CONNOR S.J., SHEWCHUK R. (2003), «Patient satisfaction: what is the point?», *Health Care Manage Rev*, 28, pp. 21-24.
- PASCOE G.C. (1983), «Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis», *Eval Program Plann*, 6, pp. 185-210.
- SANDOVAL G.A., LEVINTON C., BLACKSTIEN-HIRSCH P., BROWN A.D. (2005), «Selecting predictors of cancer patients' overall perceptions of the quality of care received», *Ann Onco*, 17, pp. 151-56.
- SCHMALENBERG C., KRAMER M., KING C.R., KRUGMAN M., LUND C., PODUSKA D., RAPP D. (2005), «Excellence through evidence: Securing collegial/collaboration nurse-physician relationships», Part 1, *J Nurs Adm*, 35, pp. 450-58.
- SEGHERI C., SANDOVAL G.A., BROWN A.D., NUTI S. (2009), «Where to Focus Efforts to Improve Overall Ratings of Care and Willingness to Return: The Case of Tuscan Emergency Departments», *Academic Emergency Medicine*, 16, pp.1-9
- SHORTELL S.M., ZIMMERMAN J.E., ROUSSEAU D.M., GILLIES R.R., WAGNER D.P., DRAPER E.A., KNAUS W.A., DUFFY J. (1994), «The performance of intensive care units: does good management make a difference?», *Med Care*, 32, pp. 508-25.
- STRASSER S., AHARONY L., GREENBERGER D. (1993), «The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model», *Med Care Rev*, 50, pp. 219-48.
- STRATEN G., FRIELE R., GROENEWEGEN P. (2002), «Public trust in Dutch health care», *Soc Sci Med*, 55, pp. 227-34.
- SUN B.C., ADAMS J.G., BURSTIN H.R. (2001), «Validating a model of patient satisfaction with emergency care», *Ann Emerg Med*, 38, pp. 527-32.
- THIEDKE C.C. (2007), «What do we really know about patient satisfaction?», *Fam Pract Manag*, 14, pp. 33-36.
- TROUT A., MAGNUSSON A.R., HEDGES J.R. (2000), «Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?», *Acad Emerg Med*, 7, pp. 695-709.
- VAN DER SCHEE E., BRAUN B., CALNAN M., SCHNEE M., GROENEWEGEN P. (2007), «Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales», *Health Policy*, 81, pp. 56-67.

Allegato 1 - QUESTIONARIO Pronto Soccorso 2007

Domande

codice domanda: 001

Prima di rivolgersi al Pronto Soccorso si è recato dal Suo medico di famiglia?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

[3] Singola - Non so

codice domanda: 002

Per quale motivo prevalente ha escluso di rivolgersi al Suo medico di famiglia?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Il medico non era reperibile

[2] Singola - Il medico non ha le attrezzature per intervenire

[3] Singola - Lunghi tempi di attesa

[4] Singola - Mancanza di fiducia

[5] Singola - Effettiva urgenza del caso

[6] Singola - Infortunio sul lavoro

[7] Singola - Altro

codice domanda: 003

Quale era il codice colore che Le è stato assegnato?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Rosso

[2] Singola - Giallo

[3] Singola - Verde

[4] Singola - Azzurro

[5] Singola - Bianco

[6] Singola - Non mi è stato comunicato

[7] Singola - Non so

codice domanda: 004

Ha pagato il ticket per l'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

[3] Singola - Non so

codice domanda: 005

Soffre di una malattia cronica?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

codice domanda: 006

È stato in Pronto Soccorso per un problema collegato alla malattia cronica di cui soffre?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

codice domanda: 007

Dopo la visita in Pronto Soccorso è stato trasferito in reparto?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

codice domanda: 008

È arrivato/a in Pronto Soccorso in ambulanza?

opzioni di risposta:

[1] Singola - Sì

[2] Singola - No

codice domanda: 009

Le sue condizioni di salute all'arrivo in Pronto Soccorso erano:

opzioni di risposta:

[1] Singola - Estremamente gravi

[2] Singola - Molto gravi

[3] Singola - Moderatamente gravi

[4] Singola - Poco gravi

[5] Singola - Per nulla gravi

[6] Singola - Non so

codice domanda: 010

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0101

... sulla cortesia del personale al triage?

opzioni di risposta:

[1] Singola - 1 (Pessimo)

[2] Singola - 2 (Scarso)

[3] Singola - 3 (Sufficiente)

[4] Singola - 4 (Buono)

[5] Singola - 5 (Ottimo)

[6] Singola - Non so

codice domanda: 0102

... sulla capacità del personale al triage di comprendere la gravità del Suo problema di salute?

opzioni di risposta:

[1] Singola - 1 (Pessimo)

[2] Singola - 2 (Scarso)

[3] Singola - 3 (Sufficiente)

- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 011

Al Pronto Soccorso, dopo la registrazione (triage) quanto tempo ha atteso prima di essere visitato/a dal medico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - fino a 10 minuti
- [2] Singola - da 10 a 30 minuti
- [3] Singola - da 30 minuti a 1 ora
- [4] Singola - da 1 a 2 ore
- [5] Singola - oltre due ore
- [6] Singola - non so

codice domanda: 012

Durante il periodo di attesa il personale del Pronto Soccorso le ha comunicato quanto avrebbe dovuto attendere prima di essere visitato?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No
- [3] Singola - Non so

codice domanda: 013

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato/a dal medico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 014

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio ...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0141

... sul comfort della sala di attesa del Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 0142

... sulla pulizia della sala di attesa del Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 0143

... sulla pulizia dei bagni del Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 015

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso provava dolore?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No

codice domanda: 016

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso quanto dolore provava?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Moltissimo
- [2] Singola - Molto
- [3] Singola - Abbastanza
- [4] Singola - Poco
- [5] Singola - Molto poco
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 017

Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No
- [3] Singola - Non so

codice domanda: 018

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso ha ricevuto informazioni sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare (in Pronto Soccorso)?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - Abbastanza
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 019

Le è capitato che il personale del Pronto Soccorso che l'ha seguita le abbia dato informazioni discordanti sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Non è mai capitato
- [2] Singola - È capitato alcune volte
- [3] Singola - È capitato sempre
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 020

Ritiene che ...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0201

... i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No
- [3] Singola - Non so

codice domanda: 0202

... la visita medica si sia svolta nel rispetto della riservatezza?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No
- [3] Singola - Non so

codice domanda: 021

In caso di bisogno ha trovato personale disponibile ad aiutarla?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì sempre
- [2] Singola - Sì a volte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non avevo bisogno di aiuto
- [5] Singola - Non so

codice domanda: 022

Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì sempre
- [2] Singola - Sì, a volte
- [3] Singola - Mai
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 023

Durante il contatto con il personale medico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Mai
- [2] Singola - Sì, a volte
- [3] Singola - Sì sempre
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 024

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio ...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0241

... sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so
- [7] Singola - Non ho ricevuto informazioni

codice domanda: 0242

... sulla cortesia del personale medico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 0243

... sulla professionalità del personale medico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 025

Ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistita?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Completamente
- [2] Singola - In parte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 026

Il personale medico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Completamente
- [2] Singola - In parte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non avevo ansie o preoccupazioni

codice domanda: 027

Durante il contatto con il personale infermieristico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Mai
- [2] Singola - Sì, a volte
- [3] Singola - Sì sempre
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 028

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio ...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0281

... sulla chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so
- [7] Singola - Non ho ricevuto informazioni

codice domanda: 0282

... sulla cortesia del personale infermieristico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 0283

... sulla professionalità del personale infermieristico?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 029

Ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistita?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Completamente
- [2] Singola - In parte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 030

Il personale infermieristico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Completamente
- [2] Singola - In parte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non avevo ansie o preoccupazioni

codice domanda: 031

Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, etc.)?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì, completamente
- [2] Singola - Solo in parte
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non ce n'è stato bisogno
- [5] Singola - Sono stato trattenuto in ospedale

codice domanda: 032

Le è stato comunicato a chi rivolgersi in caso di bisogno una volta lasciato il Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No
- [3] Singola - Non so

codice domanda: 033

Nei 3 giorni successivi al primo accesso al Pronto Soccorso è ritornato in Pronto Soccorso per lo stesso problema di salute o per problemi correlati?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sì
- [2] Singola - No

codice domanda: 034

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio ...

opzioni di risposta:

codice domanda: 0341

... sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 0342

... su come il personale medico e infermieristico hanno lavorato insieme?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - 1 (Pessimo)
- [2] Singola - 2 (Scarso)
- [3] Singola - 3 (Sufficiente)
- [4] Singola - 4 (Buono)
- [5] Singola - 5 (Ottimo)
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 035

In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Sicuramente
- [2] Singola - Forse
- [3] Singola - No
- [4] Singola - Non so

codice domanda: 036

Quante volte si è recato al Pronto Soccorso (qualsiasi Pronto Soccorso), negli ultimi 12 mesi escluso l'accesso in oggetto?

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Una volta
- [2] Singola - Due volte
- [3] Singola - Tre volte
- [4] Singola - Quattro volte
- [5] Singola - Cinque volte e oltre
- [6] Singola - Nessuna

codice domanda: 037

Sesso del rispondente (dedurre dalla voce e dal nome):

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Femmina
- [2] Singola - Maschio

codice domanda: 038

Titolo di studio:

opzioni di risposta :

- [1] Singola - Nessuno
- [2] Singola - Licenza elementare
- [3] Singola - Media inferiore
- [4] Singola - Media superiore
- [5] Singola - Titolo Universitario (laurea, laurea breve, diploma universitario)
- [6] Singola - Titolo post universitario
- [7] Singola - Non rilevato

codice domanda: 039

Tipologia di lavoro:

opzioni di risposta:

- [01] Singola - impiegato
- [02] Singola - imprenditore
- [03] Singola - libero professionista
- [04] Singola - dirigente
- [05] Singola - operaio
- [06] Singola - disoccupato
- [07] Singola - studente
- [08] Singola - pensionato
- [09] Singola - casalinga
- [10] Singola - commerciante
- [11] Singola - artigiano
- [12] Singola - insegnante
- [13] Singola - altro
- [14] Singola - Non rilevato

codice domanda: 040

In generale, come considera il suo stato di salute? (in questo momento)

opzioni di risposta:

- [1] Singola - Eccellente
- [2] Singola - Molto buono
- [3] Singola - Soddisfacente
- [4] Singola - Cattivo
- [5] Singola - Pessimo
- [6] Singola - Non so

codice domanda: 041

Vuole lasciare un commento/suggerimento/messaggio sul Pronto Soccorso?

opzioni di risposta:

- [1] Testo Multilinea - Commento

Un'esperienza di trasferimento e adattamento del modello «magnet hospital» nel contesto italiano

A. PALESE, G. BORGHINI, P. DE LUCIA, M. DEL FORNO, I. GUARDINI, M. MESAGLIO, G. MINI, S. NOACCO, D. SBAIZ, R. VESCA, D. SALMASO

A process of adaptation of the original forces, as identified by the Magnet Hospital model, has been developed with the objective to transfer such a model, which creates positive work environments for nurses, to the Italian nursing practice. Such an approach of adapting available evidence, which represents what clinicians routinely do in the application of the best evidence-based practice to patients, constitutes an innovative way for nursing management practices in Italy. The article describes milestones and results so far achieved as well as the limits of the approach undertaken.

Keywords: magnet hospital, nurses' recruitment, nurses' retention, nurses' satisfaction

Parole chiave: ospedale magnete, reclutamento infermieri, trattenimento infermieri, soddisfazione lavorativa

Note sugli autori

Alvisa Palese è professore associato in Scienze infermieristiche, Università degli studi di Udine, alvisa.palese@uniud.it

Direzione delle Professioni sanitarie dell'Azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine: Gianni Borghi, Paola De Lucia, Miria del Forno, Ilario Guardini, Maura Mesaglio, dottori magistrali in Scienze infermieristiche e ostetriche; Gastone Mini, tecnico di laboratorio coordinatore, referente Area tecnica; Sonia Noacco, infermiera; Donatella Sbaiz, Roberta Vesca, dottori in infermieristica, abilitate funzioni direttive

Daniele Salmaso, dottore magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, direttore Servizio Professioni

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano tutti coloro che hanno partecipato con grande entusiasmo all'esperienza pilota di ricerca-azione

1. Introduzione

Una delle preoccupazioni più importanti delle aziende sanitarie è il reclutamento e il trattenimento delle risorse infermieristiche, in larga parte a causa della carenza di risorse sul mercato che spinge anche aziende sanitarie limitrofe a competere tra di loro per l'acquisizione di personale (Palese, 2004).

Secondo l'Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa (OSCE), lo standard minimo di infermieri atteso per un Paese evoluto è di 6,9/1.000 abitanti. Nei Paesi europei, il primato va all'Irlanda con un rapporto di 15,3 infermieri ogni 1.000 abitanti, seguito dall'Olanda con 12,8 e dalla Germania con 9,8. L'Italia si colloca tra gli ultimi posti con un rapporto di 5,6/1.000 (Cengia, Micheloni, Tessari, Tosi, 2006): purtroppo nel nostro Paese, la capacità di attrarre giovani nella professione è limitata. Secondo l'Ipasvi, infatti, solo l'84,4% dei posti disponibili nei Corsi di laurea in Infermieristica è ricoperto; la mancanza di una quantità sufficiente di candidati preoccupa sia per gli effetti sulla selezione (che diventa quasi inesistente) che per il permanere della carenza stimata in complessive 60.000 unità (Ministero della Salute, 2007). L'impossibilità di mantenere gli standard assistenziali a causa della carenza, ma anche l'aumento delle funzioni di supervisione verso gli operatori di supporto, in alcune circostanze inseriti per sostituire infermieri, sono considerati fattori demotivanti e di allontanamento degli infermieri dalla professione. Per gli infermieri, inoltre, registrare un aumento di esiti avversi, come le cadute dei pazienti, le lesioni da decubito e le infezioni associate alla scarsità di risorse, è fonte di ulteriore demotivazio-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Risultati
4. Discussione
5. Conclusioni e implicazioni per il futuro

ne (Laschinger, Almost, Tuer-Hodes, 2003; Aiken, Havens, 2000; Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, Weber, 1999).

In numerosi Paesi questo circolo vizioso, che alimenta la demotivazione degli infermieri esperti e riduce la capacità attrattiva della professione, è oggetto di costante attenzione e studio: nel tentativo di individuare strategie di contrasto efficaci, l'attenzione si sta focalizzando sull'ambiente di lavoro (RNAO, 2006). Anche l'*International Council of Nurses* (2007) ha recentemente affermato che gli infermieri amano il loro lavoro ma non l'ambiente in cui si svolge. Un buon posto di lavoro per gli infermieri, o un posto di lavoro salubre, è definito come il luogo ideale per la pratica infermieristica dove è possibile massimizzare la salute e il benessere degli operatori, dove sono perseguiti i migliori *outcome* dei pazienti e le migliori performance organizzative (RNAO, 2006).

Per sviluppare un ambiente di lavoro salubre, numerose organizzazioni a livello internazionale stanno implementando il modello del *Magnet Hospital*. Tale modello, nato negli Usa nei primi anni Ottanta, si è sviluppato a partire dalle osservazioni di alcuni ricercatori (McClure, Hinshaw, 2002) su alcuni ospedali che, nonostante l'importante carenza di infermieri sul mercato, si contraddistinguevano per la loro capacità di attrarre e trattenere il personale. Questi ospedali, denominati successivamente *Magnet Hospital*, erano considerati «buoni posti di lavoro»: avevano la capacità di trattenere e reclutare infermieri e documentavano un basso tasso di *turnover*, anche se localizzati in un'area geografica in cui era presente competizione per l'acquisizione del personale con altri ospedali e agenzie private. Studiati come «casi» fu possibile comprendere inoltre che questi ospedali attribuivano molto potere ai leader infermieri, avevano una struttura organizzativa che riconosceva l'autonomia completa della direzione infermieristica; offrivano *staff* infermieristici adeguati per numero e *skill mix*, avevano una programmazione flessibile dei turni di lavoro, svilupparono buone relazioni tra medici e infermieri, possibilità di sviluppo professionale e opportunità di carriera. Successivamente sono stati valutati gli effetti (McClure, Hinshaw, 2002): tali ospedali si caratterizzavano per un'elevata soddisfazione lavorativa degli

infermieri e, quindi, generavano un effetto «calamita» sia per coloro che vi lavoravano (effetto sulla ritenzione: gli infermieri non intendevano lasciare l'ospedale) ma anche per coloro che volevano lavorarvi (effetto sull'attrazione: erano numerosi gli infermieri che facevano domande di assunzione). In questi ospedali, la *leadership* infermieristica era supportiva, aperta alla comunicazione e orientata al decentramento decisionale (Kramer, Schmalenberg, 1988a; Kramer, Schmalenberg, 1988b). Più tardi emerse che l'insieme di questi elementi o fattori basa il proprio rationale nella teoria di Kanter (*Kanter's Structural Theory of Organization Behavior* in Sabiston, Laschinger, 1995): sviluppano *empowerment* e determinano effetti positivi sui comportamenti degli operatori (Chandler, 1991; Sabiston *et al.*, 1995).

Oggi, il modello iniziale è diventato un programma (Kramer, Schmalenberg, 1988b) che basa la sua struttura in 14 forze definite «magnetiche». Il programma originale *Magnet Hospital* si è ulteriormente strutturato tanto da assumere le caratteristiche di un programma di accreditamento: l'ospedale che intende candidarsi perché ritiene di aver sviluppato la *leadership* infermieristica e alcune logiche di valorizzazione degli infermieri, di avere un contenuto il *turnover* e di riuscire a trattenere gli infermieri, presenta richiesta all'agenzia accreditante e si impegna a realizzare (oppure a dimostrare di aver realizzato) quanto previsto dal programma, implementando le 14 forze. Al termine di questo processo, l'ospedale ottiene un riconoscimento che è di per sé un marchio di eccellenza e che ha validità di 4 anni.

Nell'Azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine è stato intrapreso un percorso di trasferimento e adattamento del modello organizzativo *Magnet Hospital*: documentare tale processo è la finalità del presente lavoro.

2. Materiali e metodi

2.1. Obiettivi

Con l'obiettivo di sviluppare un progetto di sistema denominato «un buon posto di lavoro per gli infermieri» assumendo come riferimento il programma *Magnet Hospital* statunitense, è stato realizzato uno stu-

dio pilota. La finalità generale era attivare un processo di trasferimento e adattamento del programma *Magnet Hospital* al contesto italiano, verificando preliminarmente la pertinenza culturale e organizzativa delle 14 forze che compongono il modello, mettere in luce le peculiarità e le differenze rispetto al modello statunitense da un lato e gli obiettivi e le difficoltà applicative dall'altro.

Le finalità specifiche del progetto pilota erano duplici:

1) verso gli infermieri: offrire maggiori opportunità di soddisfazione lavorativa, autonomia, esercizio della *leadership* clinica, comunicazione, integrazione multidisciplinare, sviluppo professionale e percorsi di implementazione delle competenze nelle aree cliniche/organizzative;

2) verso l'organizzazione: ridurre i tassi di *turnover*, di *intention to leave*, assenteismo e di mobilità verso altre aziende.

2.2. Pre-condizioni organizzative

L'esigenza di sviluppare un progetto complessivo orientato a creare un «buon ambiente di lavoro per gli infermieri» era emersa a seguito della valutazione di alcuni indicatori: l'elevato *turnover* degli infermieri, l'elevata instabilità organizzativa delle strutture operative, e l'elevata insoddisfazione professionale. Il progetto è stato attivato nel momento di insediamento di una nuova Direzione infermieristica che ha deciso di affrontare queste priorità facendo riferimento alle migliori evidenze di letteratura disponibili.

2.3. Procedure

Il progetto è stato realizzato in tappe successive.

Un *team* composto dalla Direzione delle Professioni sanitarie e da 35 professionisti rappresentativi dei diversi profili professionali dell'area sanitaria, suddivisi in sottogruppi per ottenere il più ampio contributo, condivisione e consenso, ha analizzato e adattato al contesto le 14 forze previste dal modello originale statunitense *Magnet Hospital* documentato in letteratura (Palese, De Lucia, Lavia, Deroma, 2008). Il *team* di progetto ha, quindi, individuato, per ciascuna forza adattata, il «Piano delle azioni – Per un

buon luogo di lavoro – (*Magnet Hospital*)», prevedendone una proiezione quadriennale: sono stati quindi articolati gli obiettivi, le azioni, il *timing*, le responsabilità e gli indicatori di valutazione di processo ed esito di ciascuna «forza». Il progetto nella sua stesura definitiva, è stato condiviso con la Direzione strategica e integrato tra quelli prioritari nel piano di sviluppo triennale aziendale 2007-2009; è stato quindi presentato a tutti i coordinatori infermieristici, tecnici e riabilitatori dell'azienda per favorire il diffuso coinvolgimento. Per assicurare il completo coinvolgimento è stata attuata una serie di conferenze rivolte a tutto il personale del comparto (19 edizioni per un totale di almeno 2000 partecipanti) allo scopo di diffondere il progetto, le ragioni del suo sviluppo e i risultati attesi. Una sintesi del progetto è stata inoltre resa disponibile a tutto il personale dell'azienda.

3. Risultati

3.1. Adattamento del modello

Il processo di adattamento ha portato a una riduzione delle 14 forze originali del Programma *Magnet Hospital*. Sono infatti state individuate 5 forze complessive ritenute fattibili e pertinenti al contesto:

- 1) Supporto organizzativo all'assistenza infermieristica,
- 2) Sviluppo professionale,
- 3) Autonomia professionale,
- 4) Comunicazione interprofessionale,
- 5) Qualità del lavoro.

Nella **tabella 1** sono riportate le 14 forze originali del *Magnet Hospital* e quelle emerse dal processo di adattamento, comprensive di descrittori e basi razionali.

3.2. Sviluppo operativo

Dopo aver individuato le 5 forze con criterio di pertinenza, sostenibilità e coerenza al contesto delle cure infermieristiche dell'ospedale in studio, è stato elaborato e definito lo specifico programma di ciascuna.

- 1) Supporto organizzativo all'assistenza infermieristica: la finalità di questa *forza* era

guidare/sostenere il cambiamento e bilanciare valori e priorità.

a) Rafforzare la *leadership*: è uno degli aspetti fondamentali del progetto che ha fondato le sue basi razionali nelle linee guida elaborate dalla *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO, 2006). È stato preliminarmente definito il fabbisogno formativo dei coordinatori infermieri, tecnici e riabilitatori sulla base delle linee-guida canadesi. Nell'autunno 2007 e nei primi mesi del 2008 sono state attuate 24 edizioni di formazione, per un totale di 360 ore rivolte a 120 partecipanti e focalizzate sulla comunicazione/re-

lazione con l'équipe, sulla definizione della *mission, vision* e dei valori di ciascuna struttura e sulla metodologia di gestione dei dati clinico-organizzativi. Con tale approccio, si sono offerti ai coordinatori strumenti e metodi per rafforzare la propria *leadership*: sono state definite, per ciascuna struttura operativa, la *mission, vision* e i valori di riferimento del *team*, in modo condiviso. Nel corso del 2008, sono stati realizzati due percorsi formativi denominati *Data management* e *Decision making*.

b) Definire le priorità assistenziali: in tempi di carenza di risorse (e/o di crescen-

Tabella 1

Le 14 forze del «Magnetismo» e i risultati del processo di adattamento

Le 14 forze originali (*)	Le 5 forze adattate
<p>Forza 1. Qualità della leadership infermieristica. Nell'ospedale i leader infermieristici sono percepiti come capaci di assumere decisioni e di gestire il rischio, nonché di implementare una articolata filosofia all'interno del dipartimento di infermieristica. I leader infermieristici, inoltre, sviluppano ed esprimono un forte senso di protezione e sostegno verso lo staff infermieristico.</p>	<p>Forza 1. Supporto organizzativo all'assistenza infermieristica. Nelle prime tre forze sono incluse strategie di <i>leadership</i> e di progettazione della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi dell'azienda orientata alla partecipazione diffusa e alla decisionalità decentrata. Per questa ragione, il <i>team</i> di progetto ha ritenuto di aggregare queste dimensioni in un unico ambito definito di «supporto organizzativo all'assistenza infermieristica». Gli infermieri, nella loro pratica infermieristica quotidiana, percepiscono poco supporto organizzativo: quando questo è scarso, sono orientati a compensare assumendo ruoli organizzativi e riducendo la loro attenzione verso i pazienti. Questa scelta può avere effetti importanti sulla competenza clinica (che rischia, progressivamente di ridursi) e sulla riduzione della sorveglianza dedicata ai pazienti.</p>
<p>Forza 2. Struttura organizzativa. Le strutture organizzative si caratterizzano per essere orizzontali e a elevata decentralizzazione delle decisioni, che sono assunte prevalentemente a livello di unità. I dipartimenti sono articolati in modo decentrato, con importante coinvolgimento della rappresentanza infermieristica. Il dirigente infermieristico riferisce alla direzione strategica e il coordinatore al dirigente infermieristico.</p>	
<p>Forza 3. Stile manageriale. L'intera struttura attiva e promuove uno stile manageriale partecipativo che tiene conto dei <i>feedback</i> provenienti dal personale impegnato ai diversi livelli dell'organizzazione. Tali <i>feedback</i> sono incoraggiati e tenuti in alta considerazione. Gli infermieri che rivestono posizioni organizzative sono visibili, facilmente accessibili e impegnati a comunicare efficacemente con lo staff.</p>	
<p>Forza 4. Politiche e programmi per il personale. I salari e gli incentivi sono competitivi; i turni sono basati su modelli creativi, flessibili e aperti alle esigenze dello staff. Le politiche per il personale sono decise con il coinvolgimento dello staff ed esiste opportunità di promozione verso livelli dirigenziali e clinici.</p>	
<p>Forza 5. Modello di assistenza. Sono progettati e implementati modelli assistenziali che attribuiscono agli infermieri la responsabilità e l'autorità di fornire l'assistenza al paziente. Gli infermieri rispondono della propria pratica e coordinano l'assistenza infermieristica e di base.</p>	
<p>Forza 14. Sviluppo professionale. Un'attenzione significativa è posta all'orientamento, alla formazione in servizio, alla formazione continua, all'educazione formale e allo sviluppo di carriera. Inoltre, esistono opportunità di avanzamento clinico basate sul riconoscimento delle competenze sviluppate.</p>	<p>Forza 2. Sviluppo professionale. Il <i>team</i> di progetto ha categorizzato queste tre forze considerando anche i vincoli normativi e contrattuali che, di fatto, limitano alcune delle flessibilità riportate nelle forze originali. L'aspetto <i>core</i> dello sviluppo professionale è quello di aiutare i professionisti infermieri ad avere un proprio progetto, a sviluppare competenze avanzate anche in ambiti innovativi e a implementare modelli assistenziali congruenti alle competenze professionali e alle evidenze disponibili in letteratura.</p>

(*) Le forze originali sono state riportate in ordine diverso sulla base dell'adattamento realizzato dal *team*.

te quantità dei bisogni da gestire), è difficile per gli infermieri clinici ma anche per i coordinatori, assicurare le cure e decidere le priorità. Tali decisioni, se agite senza condivisione e supporto, generano frustrazione e conflitto. Inoltre, erogare assistenza in condizioni critiche (ad esempio, in occasione di assenze improvvise) mette a rischio la sicurezza dei pazienti. Per questo, anche sulla base della *mission* e dei valori definiti, sono state elaborate le liste delle attività prioritarie da assicurare in relazione alle risorse disponibili per ciascuna struttura operativa; sono in fase di definizione, invece, i livelli minimi al di sotto dei quali l'assistenza è considerata a rischio.

2) Sviluppo professionale: la finalità di questa *forza* era creare una cultura a supporto dello sviluppo e dell'integrazione delle conoscenze.

a) Sostenere e valutare il neo-assunto: l'inserimento lavorativo dei neolaureati è una tappa critica. I neolaureati hanno bisogno di essere sostenuti nel consolidamento delle competenze, non sempre è possibile assicurare il loro inserimento nelle realtà da loro desiderate, manifestano tempi di permanenza medi nella stessa struttura molto limitati perché sono in cerca della migliore soluzione lavorativa. Per queste ragioni, sono stati coinvolti 44 professionisti che hanno operato in quattro sottogruppi per elaborare gli stan-

<p>Forza 9. Autonomia. Agli infermieri è consentito, e da loro ci si aspetta, l'esercizio autonomo della professione sulla base degli standard professionali. Anche nel lavoro multidisciplinare, gli infermieri sono incoraggiati a esprimere le proprie valutazioni e punti di vista.</p>	
<p>Forza 6. Qualità dell'assistenza. Gli infermieri percepiscono di offrire assistenza di alta qualità: la qualità è un valore prioritario dell'organizzazione; gli infermieri dirigenti sono ritenuti responsabili dello sviluppo di un ambiente organizzativo in cui questo è possibile.</p>	<p>Forza 3. Autonomia professionale. Il <i>team</i> ha considerato queste cinque forze progressivamente interrelate, a partire dalla nona che rappresenta il prerequisito delle altre. Il concetto di autonomia nel contesto italiano delle cure per acuti ha subito numerosi cambiamenti negli ultimi anni, determinati dalla normativa che regola l'esercizio degli infermieri ma anche dalle crescenti conoscenze di cui oggi dispongono. Per rendere attuabile qualsiasi percorso di sviluppo dell'autonomia, del sistema delle consulenze e della qualità dell'assistenza, come pure per potenziare la qualità del tutorato clinico verso gli studenti, si è preliminarmente sviluppato un percorso di ricerca finalizzato a comprendere quali sono gli <i>outcome</i> infermieristici pertinenti al contesto italiano e i processi che li determinano. Tale chiarezza concettuale aiuterà a identificare le strategie necessarie a implementare l'autonomia degli infermieri.</p>
<p>Forza 8. Consulenze e risorse. Sono disponibili consulenti, infermieri esperti e competenti nella pratica infermieristica avanzata. Inoltre, è offerto il supporto tra pari sia all'interno di una stessa struttura che tra strutture diverse.</p>	<p>Forza 4. Comunicazione interprofessionale. La struttura ospedaliera, nella tradizione organizzativa italiana, è molto gerarchica. I modelli di <i>shared governance</i> non sono molto diffusi e solo negli ultimi anni vi è una crescente attenzione al lavoro multidisciplinare. Per questa ragione il <i>team</i> ha deciso di mantenere queste due forze nella loro accezione originale finalizzando la decima forza allo sviluppo di progetti multidisciplinari al fine di garantire la continuità assistenziale e le relazioni con il territorio.</p>
<p>Forza 11. Infermieri come insegnanti. Agli infermieri è consentito, e da loro ci si aspetta, un ruolo di insegnanti/tutor. Tale attività offre loro elevate soddisfazioni professionali.</p>	<p>Forza 5. Qualità del lavoro. Il <i>team</i> ha mantenuto questa forza nella sua accezione originale per supportare concretamente la partecipazione degli infermieri nei progetti di miglioramento della qualità.</p>
<p>Forza 12. Immagine dell'infermieristica. Gli infermieri sono considerati fondamentali per la capacità dell'ospedale di fornire assistenza di qualità ai pazienti.</p>	
<p>Forza 13. Relazioni interdisciplinari. Le relazioni interdisciplinari sono incoraggiate, positive e di rispetto reciproco.</p>	
<p>Forza 10. La comunità e l'organizzazione sanitaria. Gli ospedali sviluppano una forte relazione con la comunità di riferimento: realizzano programmi di assistenza a lungo termine anche al di fuori delle strutture, con il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini.</p>	
<p>Forza 7. Miglioramento della qualità. Gli infermieri partecipano attivamente al processo di miglioramento della qualità.</p>	

dard del processo di inserimento (articolato in tappe) e di valutazione delle competenze raggiunte entro il periodo di prova (per le seguenti posizioni: coordinatore, infermiere, operatore sociosanitario Oss). Dal mese di febbraio 2008, è attivo il percorso di inserimento/valutazione degli Oss, mentre sono in fase di definizione quelli dedicati all'infermiere e al coordinatore.

b) Valorizzare le singole professionalità: le organizzazioni sanitarie sono tenute a orientare i propri professionisti al risultato, alla qualità della prestazione professionale, al lavoro integrato in équipe e ad accogliere i continui cambiamenti richiesti. Con questa finalità è stato sviluppato un documento sulle politiche di valorizzazione individuale in base al quale il professionista è sollecitato a valutare la propria performance professionale, identificare le aree di miglioramento e svilupparle. Nel 2009, lo strumento è stato oggetto di applicazione per valutarne le potenzialità, la coerenza e la fattibilità anche al fine di una sua integrazione ai sistemi formali di premio economico previsti dalle norme contrattuali.

c) Identificare le *core-competence* attese dagli operatori assistenziali in ciascun *setting*. La valutazione del neoassunto è di norma effettuata secondo alcuni standard iniziali. Superata la fase di inserimento, anche per supportare lo sviluppo di ogni singolo professionista, facilitare la creazione di piani di auto-inserimento e supportare le decisioni gestionali e valutative, sono state individuate le *core-competence*. Tali competenze sono state articolate in livelli progressivi: oltre a quelle dei novizi, riguardano le professionalità esperte (dopo almeno tre anni di esercizio professionale) e avanzate e sono state individuate in collaborazione con il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Udine. Le azioni saranno completate con la definizione di *job description* in cui verranno indicate, per ciascun profilo, le competenze «proprie» (competenze *core* dell'infermieristica) e quelle avanzate (competenze *core* distintive).

d) Sostenere l'avanzamento della clinica infermieristica: per sostenere lo sviluppo professionale degli infermieri, oltre alle numerose iniziative di Educazione continua organizzate dal centro di formazione aziendale, è stato sviluppato e attuato un modello di for-

mazione specifica per *Case manager* che ha coinvolto 25 infermieri clinici esperti. Sono in fase di individuazione, inoltre, specifiche posizioni professionali di *Case manager*.

3) Autonomia professionale: la finalità di questa *forza* era definire gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e i meccanismi che li determinano.

a) Identificare gli esiti sensibili alle cure infermieristiche: la letteratura sugli esiti sensibili all'infermieristica è molto ricca ma nutrita di pochi esempi italiani. Per esito s'intende ciò che dipende oppure che è attribuibile in larga parte alle cure infermieristiche ricevute (o non ricevute). Esempi sono l'autonomia del paziente o la sua *compliance*, oppure le lesioni da decubito. L'assenza di letteratura specifica nel contesto italiano ha suggerito lo sviluppo di un processo di ricerca/formazione sul campo. Tale percorso, che ha coinvolto oltre 70 infermieri (clinici esperti e coordinatori) aveva la finalità di scoprire i processi organizzativi e assistenziali che contribuiscono, nella pratica quotidiana degli infermieri, a determinare esiti positivi e/o negativi. Tale percorso di ricerca, realizzato con la collaborazione del Corso di laurea in Infermieristica e basato sull'approccio qualitativo della *grounded theory*, ha permesso di: 1) selezionare gli esiti; 2) definire i processi sociali che li determinano; 3) condividere il *framework* di riferimento con l'intera *leadership* infermieristica e proporre ambiti di lavoro per il futuro. Si tratta senza dubbio di un processo culturale che richiede tempo e che nell'immediato offre pochi risultati: tuttavia, conoscere la struttura degli esiti e i loro determinanti, orienta le attività assistenziali, supporta i processi di *decision making* dei *leader*, consente di individuare le strategie per supportare l'autonomia professionale degli infermieri, il sistema delle consulenze da attivare per gli esiti che richiedono competenze avanzate e le modalità/indicatori per misurare l'efficacia delle cure infermieristiche. Inoltre, sostenere un dibattito culturale orientato agli esiti, chiarisce anche le priorità su cui orientare i processi di tutorato degli studenti infermieri.

4) Comunicazione interprofessionale: la finalità di questa *forza* era sviluppare alleanze cliniche (sui progetti diagnostici, terapeutici

tici, assistenziali dei pazienti) e con i clinici (nei processi decisionali).

a) Supportare l'interdisciplinarietà: si tratta di un aspetto cruciale per le positive ricadute sui pazienti e sul clima dei contesti lavorativi. Sono state preliminarmente individuate aree prioritarie di lavoro interdisciplinare quali la gestione del rischio, della continuità assistenziale e la revisione delle attività organizzative di ogni singola struttura. Nel processo di pianificazione e assegnazione delle risorse (*budget*) è stato inserito, per ciascuna struttura di area chirurgica e medica, un obiettivo specifico con lo scopo di impegnare le diverse figure professionali verso la definizione di azioni comuni utili a migliorare l'organizzazione del lavoro («alleanza con i clinici»). Nell'area medica, ad esempio, tali azioni si sono rivolte prevalentemente ad assicurare la continuità assistenziale e le dimissioni accompagnate. Anche nel processo di *budget* dell'anno successivo è stato confermato l'impegno sollecitando la realizzazione, in ciascuna struttura, di momenti formali di integrazione su specifici problemi organizzativi.

5) Qualità del lavoro: la finalità di questa *forza* era partecipare a progetti di miglioramento della qualità.

a) Sostenere la partecipazione a progetti di miglioramento multidisciplinare: per ciascuna équipe, è stato individuato un referente di area infermieristica/tecnica/ostetrica responsabilizzato nella 1) Progettazione e revisione della documentazione clinica integrata e 2) Reingegnerizzazione del processo di gestione del farmaco. Sono stati complessivamente coinvolti 120 infermieri clinici/ostetriche o tecnici impegnati nella revisione dei processi e documenti, nella applicazione degli strumenti innovativi e nella valutazione dei risultati conseguiti.

4. Discussione

4.1. Questioni metodologiche

Nella pratica manageriale italiana dei coordinatori e/o dei dirigenti infermieri è diffuso il riferimento a modelli e saperi sviluppati in altre discipline, prevalentemente economiche e sociologiche (Palese, 2007); è altrettanto diffusa la progettazione di soluzioni or-

ganizzative innovative di cui, tuttavia, poco è documentato in termini di validazione ed efficacia (Palese, 2004). Non sono numerose, infatti, le riviste che offrono spazio alle esperienze di ricerca-azione nel campo del management infermieristico, come pure va riconosciuto che non è ancora diffusa una sistematica attività di ricerca in questo ambito. Molte soluzioni organizzative adottate anche per affrontare importanti e trasversali problemi come la carenza di infermieri, hanno una valenza locale, non prevedono il confronto con quelle intraprese in altre strutture sanitarie anche limitrofe e non sempre sono documentate nel loro impatto.

Un'altra modalità molto diffusa negli ultimi anni e che attiene prevalentemente ai processi di accreditamento, prevede l'assunzione di standard o programmi sviluppati e testati in altri Paesi (ad esempio Usa, Canada) in cui la professione infermieristica occupa ruoli preminenti, spesso è l'unica a essere impiegata stabilmente nell'ospedale (la professione medica ha rapporti tipo libero-professionali), gestisce strutture anche complesse e, soprattutto, è portatrice di una cultura professionale e di pratiche organizzative molto avanzate. Spesso tali standard o programmi sono talmente avanzati da assumere la dignità di processi di accreditamento.

Meno diffuso, anche se di crescente interesse, è invece il trasferimento e l'adattamento, attraverso un processo di condivisione con i professionisti, di modelli manageriali che hanno documentato effetti positivi in altri Paesi. Quest'ultimo approccio, molto vicino a quello dell'*Evidence Based Nursing* specifico per la gestione dei pazienti, deve tener conto – come peraltro per l'applicazione di linee guida o raccomandazioni cliniche –, del contesto, dei valori, delle specificità culturali in cui sono trasferiti (Di Censo, Guyatt, Ciliska, 2005).

Lo sforzo realizzato in questo studio pilota si inserisce in quest'ultima prospettiva metodologica: si è caratterizzato per la preliminare valorizzazione delle evidenze di letteratura disponibili sulla tematica prioritaria di un ospedale, attinente alla difficoltà di trattenere e attrarre infermieri; ha sviluppato un processo di adattamento di un modello ormai noto in letteratura sulla base della cultura, dei valori, e delle pratiche più consolidate di un contesto; ha derivato da questo proces-

so di adattamento, un programma complesso che prevede, per coerenza, una importante condivisione con i professionisti. Tale esperienza pilota, proprio per la complessità, può essere valutata ad oggi solo nelle sue valenze qualitative.

4.2. Il percorso di adattamento

L'esperienza descritta in questo articolo, realizzata presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, documenta un processo di adattamento e trasferimento delle migliori evidenze disponibili per trasformare un ospedale in un «buon posto di lavoro per gli infermieri». L'approccio utilizzato è diverso da quello utilizzato negli altri Paesi: l'ospedale non ha chiesto l'accreditamento all'associazione/agenzia che si occupa a livello internazionale di *Magnet Hospital*, ma ha deciso un processo di miglioramento adattando il modello al proprio contesto e sviluppando, all'intero di questo, le linee prioritarie di lavoro. La contestualizzazione delle forze descritte per il *Magnet Hospital* si è resa necessaria per la diversa struttura organizzativa, per le diverse norme, valori ma anche per le specifiche logiche del Servizio sanitario nazionale.

Le 14 forze originali sono state ridotte a 5: tale processo è stato condotto sulla base del preliminare approfondimento del modello *Magnet Hospital* nella letteratura (il *team* di progetto non è stato guidato da un operatore statunitense come avviene per altri processi, come ad esempio quelli di accreditamento) e da una attenzione costante alle esigenze locali, mantenendo un'elevata coerenza di fondo. L'intera esperienza pilota ha attivato il massimo coinvolgimento degli infermieri interpretando in profondità la filosofia del modello *Magnet Hospital* ispirato alla partecipazione diffusa dei professionisti.

Sono state ridefinite dal gruppo di lavoro anche le denominazioni delle forze per renderle congruenti alla prospettiva professionale, del contesto e dei rapporti con altri operatori. Inoltre, diversamente da quanto documentato nel modello originale, l'esperienza ha attivato il coinvolgimento di tutte le professioni dell'area sanitaria con la finalità di realizzare un progetto di «sistema».

Nell'esperienza statunitense, invece, il modello è progettato per valorizzare la professione infermieristica su cui gli effetti sono prioritariamente attesi e misurati. Il lavoro di adattamento delle forze ha aiutato nella definizione delle linee progettuali principali su cui si sta impegnando la Direzione delle professioni sanitarie in un piano che avrà durata pluriennale. Sarebbe interessante attivare lo stesso percorso di adattamento e di sviluppo operativo in altre aziende per verificare la validità delle forze emerse, le strategie individuate e gli esiti conseguiti nel tempo. La strategia di coinvolgimento ha accompagnato l'intera esperienza pilota che non ha dovuto affrontare particolari barriere e/o ostacoli.

4.3. Esiti e limiti

A oggi il progetto dispone prevalentemente di indicatori di processo (ad esempio: progetti attivati o in fase di avvio, adesione delle unità operative, numero di infermieri e/o di operatori coinvolti, come peraltro riportato nei risultati). Sono, comunque, in fase di monitoraggio indicatori di esito più consistenti: come ad esempio, il livello di affaticamento del personale e di efficienza gestionale (monte ore/giorni ferie anni precedenti non goduto, giorni di malattia pro-capite), o il livello di malessere (ad esempio numerosità delle richieste per mobilità interna, esterna o di dimissioni volontarie) al fine di operare valutazioni di impatto. Il progetto ha attivato un esteso coinvolgimento del personale infermieristico e tecnico e questo ha probabilmente influenzato positivamente anche risultati perseguiti in altri progetti (ad esempio, nell'implementazione linee guida cliniche). Sono attualmente monitorate anche le opportunità di formazione professionale, perfezionamento, master, frequentati/conseguiti al fine di comprendere la tensione al miglioramento.

Va tuttavia precisato sin d'ora che la complessità del progetto dovrà tener conto, in fase di valutazione degli esiti, di numerosi confondenti e dell'impossibilità di controllare completamente tutte le variabili (individuali, organizzative ed esterne) che contribuiscono a determinare un «buon ambiente di lavoro».

5. Conclusioni e implicazioni per il futuro

Il percorso innovativo realizzato, pur nei suoi limiti, descrive l'adattamento delle migliori evidenze disponibili nella letteratura manageriale al contesto organizzativo in studio. Non sono documentate al momento esperienze di adattamento del modello *Magnet Hospital* che sembra assicurare esiti organizzativi, professionali e clinici migliori e in cui la chiave del successo è l'insieme delle forze che sono orientate a sviluppare nell'ospedale un buon posto di lavoro. La misura degli effetti sulla capacità di trattenere e reclutare il personale infermieristico dell'ospedale, che rappresentano gli indicatori più significativi utilizzati nella ricerca, costituirà un momento importante di validazione del modello nel contesto italiano.

Nell'ultimo anno, il programma originale statunitense ha subito un'ulteriore evoluzione che ha ridotto a cinque le forze di riferimento, diverse da quelle da noi individuate: la riduzione e semplificazione è stata attivata per diverse ragioni, non da ultimo per i necessari processi di integrazione del programma con altri programmi orientati

al miglioramento continuo e all'eccellenza (come ad esempio, quelli attinenti all'accreditamento degli ospedali) e che, nella loro struttura concettuale, presentano elementi sovrapponibili.

L'esperienza pilota ha evidenziato il valore della condivisione dei progetti e della valorizzazione dei professionisti: tali sforzi hanno bisogno di tempi lunghi, stabilità delle relazioni, progettualità e continuità. Negli altri Paesi, molti progetti nascono dagli infermieri e si rivolgono agli infermieri. Senza dubbio, la dinamica della professione infermieristica è fonte di preoccupazione per le Direzioni generali, ma l'insoddisfazione, l'affaticamento, l'abbandono e la fuga di altre professionalità (come quelle mediche) lo è altrettanto. Il governo delle risorse professionali di una azienda sanitaria, basato sulla condivisione e sulla piena valorizzazione delle risorse umane, deve svilupparsi a livello di sistema, coinvolgendo tutte le professioni: su questo, il programma *Magnet Hospital*, pur nelle sue interessanti ripercussioni e valenze, sembra manifestare il principale punto di debolezza.

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

- AIKEN L.H., HAVENS D.S. (2000), «The Magnet nursing service recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals», *American Journal of Nursing*, 100(3), pp. 26-35.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., LAKE E.T., SOCHALSKI J., WEBER A.L. (1999), «Organization and outcomes of inpatient AIDS care», *Medical Care*, 37(8), pp. 760-72.
- CENGIA G., MICHELONI B., TESSARI L., TOSI O. (2006), «La carenza degli infermieri e le strategie per affrontarla», *Assistenza Infermieristica e ricerca*, 25(1), pp. 14-20.
- CHANDLER G. (1991), «Creating an environment to empower nurses», *Nursing Management*, 22(8), pp. 20-23.
- DI CENSO A., GUYATT G., CILISKA D. (2005), *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*, Elsevier Publishing, Philadelphia.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2007), «Positive practice environments», [on line] *International Nurses Day*, disponibile da <http://www.icn.ch/indkit2007.htm> [accesso del 13 gennaio 2009].
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988a), «Magnet Hospitals: Part.I. Institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18(1), pp. 3-24.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988b), «Magnet Hospitals: Part. II. Institutions of excellence». *Journal of Nursing Administration*, 18(2), pp. 11-9.
- LASCHINGER H.K.S., ALMOST J., TEUR-HODES D. (2003), «Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link», *Journal of Nursing Administration*, 33(7-8), pp. 410-422.
- MCCLURE M.L., HINSHAW A.S. (2002), *Magnet Hospital Revisited: attraction and retention of Professional Nurses*, American Nurses Association, Silver Spring.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2008), «I numeri dell'emergenza infermieristica», [on line] disponibile da <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=407> [accesso del 14 febbraio 2008].
- PALESE A., DE LUCIA P., LAVIA B., DEROMA L. (2008), «Magnet Hospitals: accreditamento, basi razionali, diffusione ed esiti organizzativi», *Mecosan*, 67, pp. 105-114.
- PALESE A. (2004), «L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione», *Mecosan*, 51, pp. 93-100.
- PALESE A. (2007), «La ricerca applicata all'organizzazione: limiti, potenzialità e strategie», *Nursing Oggi*, 1 (XII), pp. 22-27.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2006), *Developing and Sustaining Nursing Leadership*, Toronto, Canada.
- SABISTON J.A., LASCHINGER H.K.S. (1995), «Staff Nurse work empowerment and perceived autonomy: testing Kanter's Theory of structural power organizations», *Journal of Nursing Administration*, 25(9), pp. 42-50.

Indagine sulle nuove professioni a supporto dei Dipartimenti ospedalieri dell'Azienda Usl di Bologna

A. PROTONOTARI, S. BERNINI, I. CASTALDINI, D. LODI, M.P. FANTINI

In the Italian healthcare context, the organizational model of the hospital Departments of Bologna Local Health Trust is innovative. The Department Director Staff consists of three different professionals: a physicians manager, an administrative professional, a nursing, rehabilitation and technical manager. They individually respond to the Director according to their competence areas, but work in cooperation for a better Department management. After three years from the Departments institution, we wanted to analyze the experience of these three professionals, to obtain elements of reflection on the new model adopted. We used a questionnaire with five dimensions characterizing the role (setting, action, skills, perception, evaluation). The results are positive, but with some differences among the three professionals.

Keywords: departmental reorganization, organizational role

Parole chiave: dipartimentalizzazione, ruolo organizzativo

Note sugli autori

Azienda Usl di Bologna: Adalgisa Protonotari è direttore Programmazione sanitaria; Sabrina Bernini e Ilaria Castaldini sono collaboratori Programmazione sanitaria; Daria Lodi è dottore di ricerca in Sanità pubblica e Medicina del lavoro, presso l'Università di Bologna; Maria Pia Fantini è coordinatore Programma Sanità pubblica e Medicina del lavoro - Dottorato in Scienze mediche generali e scienze dei servizi, presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna

1. Premessa

La recente dipartimentalizzazione dell'Azienda Usl di Bologna ha introdotto significativi cambiamenti non solo nel modello organizzativo, ma anche sul ruolo assegnato ad alcune professionalità. Tra la fine del 2008 e l'inizio del 2009 è stata realizzata una ricerca all'interno delle strutture dipartimentali ospedaliere con l'obiettivo di indagare l'esperienza vissuta da tre figure chiave che operano all'interno di ciascun Dipartimento: il medico di Direzione sanitaria di supporto organizzativo, il responsabile amministrativo, il responsabile dei Servizi assistenziali, tecnici e riabilitativi (SATeR). Il ruolo ricoperto da queste figure, inteso come elemento di sostenibilità dei processi organizzativi e di connessione attiva entro il Dipartimento o fra Dipartimenti, consente una lettura delle dinamiche relazionali e del processo di cambiamento in atto.

Di seguito si riportano i principali elementi del quadro teorico che ha guidato l'impostazione della ricerca, con particolare riferimento al concetto di dipartimentalizzazione e di ruolo organizzativo, per passare poi alla descrizione degli obiettivi e della metodologia dello studio e infine alla presentazione dei risultati più significativi.

2. Dipartimentalizzazione e ruoli organizzativi

Uno dei processi che nel corso degli ultimi anni ha fortemente investito il mondo delle aziende sanitarie è indubbiamente quello della dipartimentalizzazione.

SOMMARIO

1. Premessa
2. Dipartimentalizzazione e ruoli organizzativi
3. Contesto organizzativo dell'Azienda Usl di Bologna
4. Obiettivi e metodologia della ricerca
5. I risultati
6. Considerazioni conclusive

L'organizzazione dipartimentale, che riprende i principi tipici del modello divisionale, segna una discontinuità rispetto ad alcuni presupposti costitutivi del modello gerarchico funzionale. Il modello divisionale (Gosetti, La Rosa, 2006), con la responsabilità della gestione decentrata a livello di ogni divisione, consente al vertice aziendale di definire le strategie complessive e allocare più efficacemente le risorse, recuperare flessibilità, specie nelle organizzazioni di grandi dimensioni, facilitare la diversificazione e la specializzazione su specifici prodotti o mercati e sviluppare dirigenti con capacità gestionali globali. In quest'ottica, il dipartimento viene inteso, in coerenza con le indicazioni del D.L.vo 229/99, come struttura finalizzata a governare la complessità attraverso la strutturazione di processi di integrazione non solo organizzativa, ma anche gestionale e professionale, e non di rado costituisce un'occasione di ridisegno delle relazioni interne ed esterne alla struttura stessa. Può rappresentare, quindi, una possibile soluzione al costante bisogno delle organizzazioni di trovare una chiave efficace ed efficiente per risolvere il problema del rapporto differenziazione/specializzazione vs. integrazione/coordinamento. Infatti, attraverso la dipartimentalizzazione le aziende possono orientare le proprie strategie di integrazione organizzativa e gestionale, creando le premesse per una contestuale integrazione anche sotto il profilo professionale. Il modello divisionale può presentare però anche il potenziale rischio di tendere ad alti costi di direzione o problemi di efficienza gestionale e di efficacia distributiva delle risorse; esso comporta, infatti, che per ogni divisione siano replicate le stesse funzioni, favorendo in questo modo una certa ridondanza. Nelle aziende sanitarie, l'applicazione del modello divisionale a livello di dipartimenti ospedalieri potrebbe portare, oltre alla moltiplicazione di alcuni ruoli, a una disomogeneità delle competenze.

Per questi motivi, è proprio dalla relazione fra le diverse forme di integrazione attivate dalla dipartimentalizzazione che si possono cogliere elementi di continuità, discontinuità, innovazione, criticità, contraddittorietà dei processi organizzativi sviluppati negli ultimi anni nell'area dei servizi sanitari (Bergamaschi, Cantù, 2009).

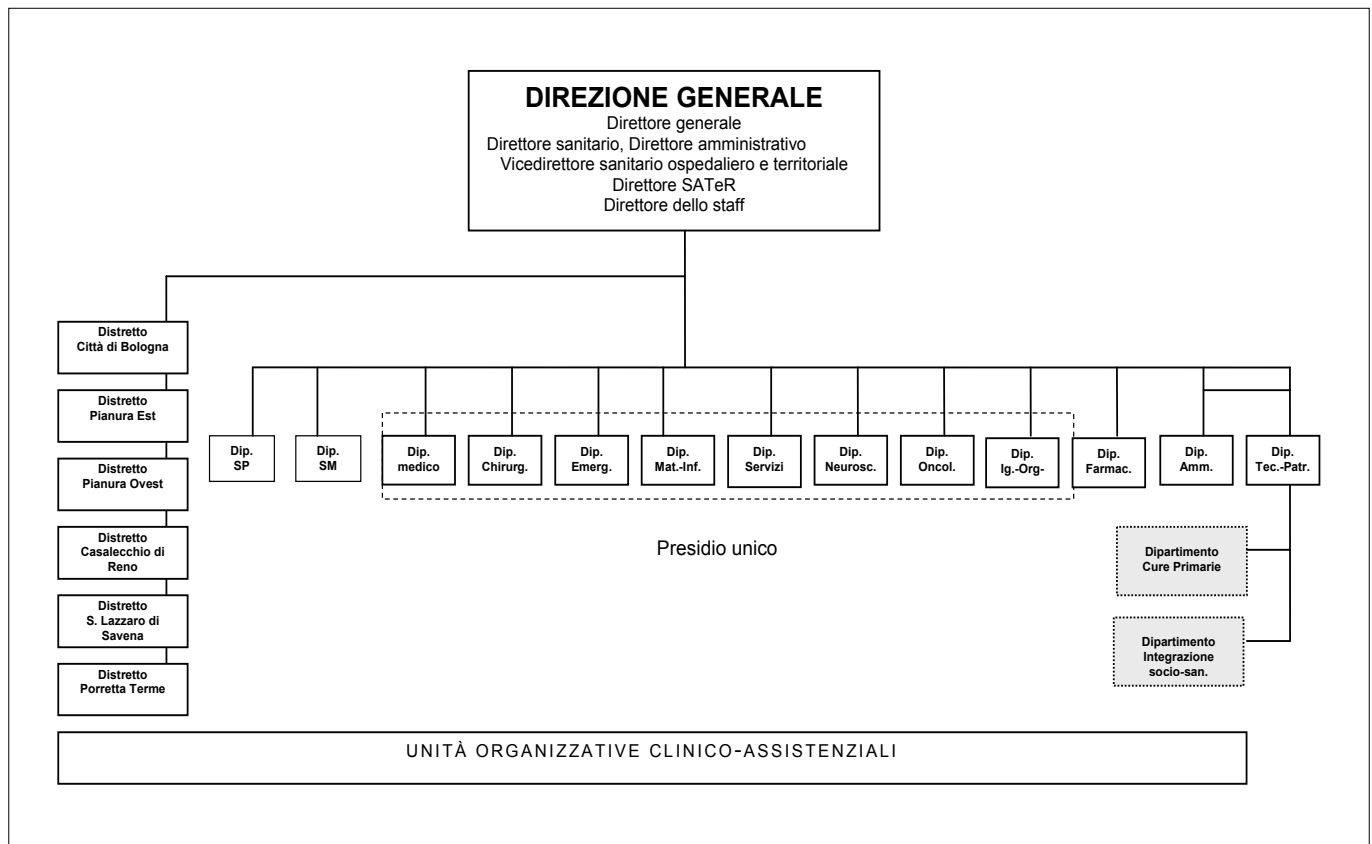
I processi di dipartimentalizzazione non mancano di interferire anche sull'identità, sul senso di appartenenza, sulla motivazione. In questa chiave di lettura risulta centrale il concetto di ruolo organizzativo, che si può qualificare come un insieme di obiettivi, responsabilità, compiti, attese, strategie rispetto alle quali l'organizzazione definisce il funzionamento e i risultati dei propri meccanismi operativi (Cicchetti, Mattarese, Vicentini, 2005). Un ruolo sempre interpretato da chi lo agisce, a partire dai limiti e dalle opportunità presenti dentro e fuori l'organizzazione, mai scontato nei suoi esiti, anche in quelle realtà che prevedono un carattere fortemente prescrittivo dei comportamenti organizzativi. Quindi, un concetto dinamico da considerare ponendo specifica attenzione alle relazioni organizzative e interorganizzative che passano attraverso il ruolo stesso.

La relazione fra ruoli organizzativi e dipartimentalizzazione è evidente e l'analisi dei ruoli può anche rappresentare uno strumento di riflessione sul modello adottato.

3. Contesto organizzativo dell'Azienda Usl di Bologna

Il contesto specifico della ricerca è costituito dal processo di dipartimentalizzazione che negli ultimi anni ha interessato l'Azienda Usl di Bologna, istituita nel gennaio 2004 dalla L. reg. 21/2003 che ha unificato tre Aziende Usl. Le sue dimensioni, più che doppie rispetto alla media delle Aziende Usl italiane, e l'articolazione del sistema di relazioni la collocano fra le Aziende sanitarie italiane più complesse (Lecci, Maestri, 2007). Con l'Atto aziendale del 2005, e i successivi Regolamenti, la Direzione generale ha disciplinato la nuova organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, introducendo elementi particolarmente innovativi all'interno della struttura organizzativa (**figura 1**).

L'Azienda si articola in 6 Distretti sanitari ed è organizzata in 8 Dipartimenti ospedalieri, 4 territoriali, di cui due funzionali, e tre tecnostrutture. Il Direttore del Dipartimento igienico-organizzativo è anche Direttore del Presidio ospedaliero. Per rafforzare il coordinamento e l'integrazione tra le diverse strutture organizzative (Longo, 1999), professionalità e funzioni, si è creata una struttura in staff alla Direzione aziendale, organizzata in



unità operative complesse e semplici, dedicata allo sviluppo dei processi di pianificazione e programmazione e controllo, alla crescita professionale, alle politiche del personale, della qualità, del governo clinico e della gestione del rischio e alla comunicazione. Ai Distretti sanitari è affidata l'assistenza continuativa dei cittadini, attraverso il coordinamento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dell'assistenza specialistica territoriale e delle attività a rilievo sociale e sanitario. Oltre alla funzione di governo diretto della produzione, esercitano quella di committenza, cioè di programmazione e acquisto di servizi da produttori interni o esterni all'azienda per i cittadini del proprio territorio. I Dipartimenti ospedalieri, di tipo gestionale, costruiti sulle specializzazioni cliniche per facilitare l'azione di governo clinico, sono strutture che accorpano Unità organizzative complesse e semplici legate da una relazione gerarchica; hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale e operano con riferimento al piano annuale di attività e

di risorse negoziate con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La direzione del Dipartimento è assegnata a un dirigente con incarico di direzione di una delle strutture complesse presenti nel Dipartimento, che mantiene di norma la direzione della propria Unità operativa.

In questo contesto, uno degli elementi a maggior impatto organizzativo è l'istituzione del Servizio assistenziale, tecnico, sanitario e riabilitativo (SATeR) che garantisce la qualità e l'efficienza tecnica e operativa delle attività assistenziali erogate nei diversi servizi, assicurando l'impiego ottimale delle risorse assegnate, nel rispetto dei principi della normativa di cui alla legge n. 251 del 10 agosto 2000. Il SATeR si articola su due livelli, integrati tra loro, con distinte aree di responsabilità:

- un livello aziendale, composto dal Direttore del servizio e dai quattro responsabili aziendali di Area professionale (Assistenza, Diagnostica, Prevenzione, Riabilitazione)

Figura 1
Organigramma Azienda UsI di Bologna

con funzioni di pianificazione e programmazione strategica, di indirizzo e coordinamento delle articolazioni decentrate sui Dipartimenti e Distretti;

– un livello decentrato articolato per Dipartimento o Distretto, composto dai responsabili del servizio, con autonomia organizzativa e gestionale sulle funzioni di pianificazione organizzativa e direzione delle attività assistenziali e delle risorse professionali coinvolte.

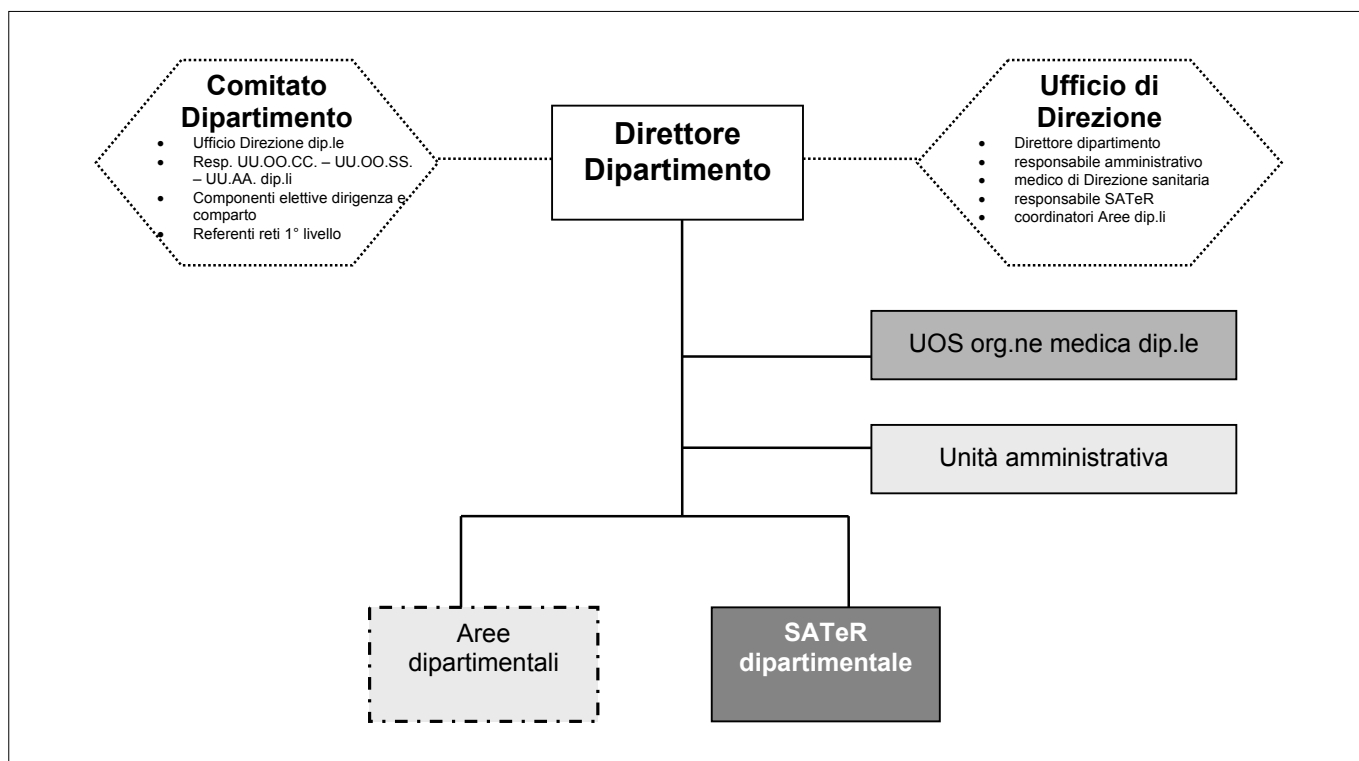
Il personale SATeR afferente ai Dipartimenti e Distretti è organizzato in Unità assistenziali (U.A.), a cui corrispondono responsabilità di direzione dedicate. I responsabili SATeR di dipartimento e distretto dirigono i responsabili di U.A. e sono responsabili dell'allocazione delle risorse professionali della macrogestione, supervisionano e governano le unità assistenziali afferenti alla loro articolazione organizzativa, sono responsabili della realizzazione degli obiettivi concordati in *budget* a livello di singola U.A. In linea di massima, con alcune eccezioni per ragioni di necessità e sinergie professionali, economie di scala, di scopo o di *know-how*,

le unità assistenziali corrispondono alle unità organizzative cliniche. I responsabili SATeR di Unità assistenziale rispondono al responsabile SATeR del dipartimento che, a sua volta, risponde al Direttore del dipartimento.

Ogni Direttore di Dipartimento ospedaliero è affiancato da un Medico di direzione sanitaria di supporto organizzativo, da un responsabile amministrativo e da un responsabile del SATeR che, insieme ai coordinatori delle Aree dipartimentali, costituiscono l'Ufficio di direzione. A sua volta l'Ufficio di direzione, insieme ai Direttori delle U.O. complesse e semplici dipartimentali, alla componente elettiva della dirigenza e del comparto e ai referenti di 1° livello delle reti aziendali, costituisce il Comitato di dipartimento (**figura 2**). Questi due organismi collegiali sono gli strumenti di governo e di gestione partecipata alle funzioni di direzione del Dipartimento. L'Ufficio di direzione coadiuva il Direttore di dipartimento rispetto ai seguenti ambiti: processi di programmazione e controllo, processi di valutazione delle priorità gestionali, organizzative, operative, e di governo clinico della struttura dipartimentale, con particolare riferimento ai pro-

Figura 2

Il modello del Dipartimento ospedaliero



cessi di attribuzione, diffusione ed esercizio delle responsabilità e delle autonomie, agli investimenti in ambito tecnico-professionale, alla valorizzazione del capitale intellettuale e delle aree di eccellenza, alle azioni di innovazione, ricerca e sviluppo.

4. Obiettivi e metodologia della ricerca

A tre anni dall'attivazione dei Dipartimenti, nell'ambito di un percorso di verifica e perfezionamento del modello organizzativo-gestionale adottato, è stata realizzata un'indagine sul ruolo delle tre figure professionali che affiancano ciascun Direttore di dipartimento ospedaliero.

La ricerca, svolta in collaborazione con il Dipartimento di medicina e sanità pubblica dell'Università di Bologna, ha previsto l'impiego di un questionario (**allegato 1**), somministrato faccia a faccia da un intervistatore, alle tre figure degli otto Dipartimenti ospedalieri, per un totale di 24 soggetti. Non sono stati registrati rifiuti da parte degli intervistati, né particolari difficoltà nella fase di somministrazione, bensì una notevole disponibilità a partecipare alla ricerca e un grande interesse per il tema esplorato.

Per indagare coerentemente il concetto di ruolo si è fatto riferimento al suo specifico carattere multidimensionale, individuando quali aree di analisi:

- la *definizione del ruolo (5 item)*, nell'ambito della quale sono stati indagati gli elementi strutturali del ruolo stesso, in relazione a obiettivi e responsabilità assegnati al ruolo, grado di autonomia e posizione organizzativa, definizione del ruolo, relazioni con le altre figure organizzative. Le domande aperte riguardano il contributo organizzativo al quale risponde il ruolo e le criticità e le aree di miglioramento degli aspetti organizzativi relativi al ruolo;

- l'*agire il ruolo (28 item)*, che ha considerato le relazioni organizzative del ruolo, il livello di integrazione intra e interdipartimentale, l'esistenza e l'adeguatezza dei canali comunicativi, la possibilità di proporre modifiche ai meccanismi operativi e il loro grado di accoglimento, la partecipazione a processi decisionali fondamentali (pianificazione, programmazione e controllo, gestione delle risorse, ecc.). Con le domande aperte

si è cercato di raccogliere alcune riflessioni relativamente alle possibili innovazioni e al miglioramento dei canali comunicativi;

- le *competenze del ruolo (4 item)*, con cui si è indagata la chiarezza nella definizione delle competenze attribuite al ruolo, la loro valorizzazione all'interno del Dipartimento, l'adeguatezza delle competenze possedute rispetto alle responsabilità assegnate, la presenza di un percorso di formazione e mantenimento delle competenze. Le domande aperte riguardavano i contenuti e i percorsi formativi da attivare;

- la *percezione del ruolo (9 item)*, che ha esplorato gli aspetti di visibilità del ruolo, la chiarezza della percezione interna ed esterna al Dipartimento per quanto attiene le responsabilità, gli obiettivi assegnati, la rilevanza del ruolo. Con le domande aperte sono state richieste considerazioni rispetto alle criticità maggiori relative alla percezione del ruolo;

- la *valutazione del ruolo (3 item)*, che ha riguardato la presenza e l'adeguatezza di momenti di valutazione sugli obiettivi raggiunti, le modalità operative e il livello di coinvolgimento nel processo di valutazione e l'opportunità di ulteriori forme di valutazione oltre quelle già formalmente previste. Le domande aperte hanno cercato di far riflettere sulle criticità e sulle proposte di miglioramento delle modalità di valutazione del ruolo.

Una lettura del processo di strutturazione e cambiamento delle organizzazioni implica, infatti, una particolare attenzione non solo agli elementi definatori del ruolo, ma anche alle modalità attraverso le quali il ruolo viene agito, alle competenze specifiche, nonché agli aspetti che ne misurano visibilità e rilevanza entro l'organizzazione; dimensioni che vanno necessariamente lette nella loro reciproca interdipendenza.

Il questionario è stato strutturato in cinque aree di domande, che corrispondono alle cinque dimensioni di analisi del ruolo, ognuna delle quali articolata in una parte di domande chiuse e in alcune domande aperte di approfondimento. In particolare, le domande chiuse consentono una valutazione su scala ordinale a quattro modalità (per niente, poco, abbastanza, pienamente), a cui è stato rispettivamente assegnato il valore numerico di 1, 3, 5 e 7 (si veda allegato 1). Dal momento che le domande aperte sono state inserite nel

questionario allo scopo di lasciare spazio ad approfondimenti sui temi indagati, le relative risposte sono servite non solo per una verifica di coerenza interpretativa, ma anche per specificare ulteriormente contenuti e significati e per raccogliere idee e suggerimenti.

L'elaborazione dei dati raccolti ha previsto un trattamento disgiunto delle risposte alle domande chiuse e alle domande aperte. Le risposte alle domande chiuse sono state sintetizzate graficamente tramite istogrammi e diagrammi *Box-and-Whiskers* (detti comunemente *boxplots*) che permettono di rappresentare quattro caratteristiche fondamentali di una distribuzione statistica di dati campionari (Tukey, 1977):

- 1) la misura di tendenza centrale, attraverso la mediana;
- 2) il grado di dispersione o variabilità dei dati, rispetto alla mediana;
- 3) la forma della distribuzione dei dati, in particolare la simmetria;
- 4) la presenza di valori anomali o *outlier*.

Per confrontare i punteggi agli *item* tra i tre diversi ruoli professionali è stato utilizzato il test di Kruskal-Wallis (KW). Questo test non parametrico è appropriato quando l'*item* è misurato su scala ordinale, quando vi sono più di due gruppi a confronto e quando la numerosità del campione è ridotta, come nel presente studio. Un valore significativo di KW segnala che almeno due gruppi differiscono tra loro, ma non indica quali; sono stati pertanto effettuati confronti *post-hoc* per identificare quali figure professionali si diversificassero nelle risposte fornite (Siegel, Castellan, 1994).

L'attendibilità dello strumento è stata testata esaminando, sulle dimensioni individuate, il grado complessivo di coerenza interna e la possibile presenza di *item* non omogenei rispetto agli altri. La coerenza interna è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach che rappresenta la proporzione di varianza totale che può essere attribuita a una fonte comune a tutti gli elementi. L'omogeneità di ogni *item* è stata esaminata sia mediante la correlazione tra il singolo *item* e il totale degli stessi, con l'esclusione dell'*item* in analisi, sia attraverso il valore dell'alfa ottenuto con l'omissione dell'*item*.

5. I risultati

Data la complessità dei temi indagati, l'analisi delle cinque aree del questionario è stata realizzata partendo da una lettura complessiva delle risposte, per poi procedere a un approfondimento sui singoli *item* e sulle singole professionalità.

Per quanto riguarda le proprietà psicometriche del questionario, i risultati relativi alla coerenza interna indicano che, all'interno di ogni singola dimensione, vi è una buona consistenza interna e un'appropriata omogeneità degli *item*.

L'«agire il ruolo» ha un coefficiente alfa molto elevato ($\alpha = 0,90$), alcuni *item* presentano, però, basse correlazioni con i restanti elementi, ma la loro eliminazione non produce comunque alcun aumento nell'alfa, probabilmente in ragione dell'elevato numero di domande. Anche la «percezione del ruolo» ha una buona coerenza interna ($\alpha = 0,87$), considerando anche il limitato numero di elementi che la compongono; l'eliminazione dell'unico *item* con correlazione moderata (0,43) non porta a un incremento di rilievo nell'alfa. La coerenza interna della «valutazione del ruolo» risulta sempre buona ($\alpha = 0,83$) e potrebbe essere anche migliore ($\alpha = 0,89$) eliminando una domanda scarsamente correlata con le rimanenti. La «definizione del ruolo» e le «competenze del ruolo» sono soddisfacenti (rispettivamente $\alpha = 0,71$ e $\alpha = 0,67$); i due valori, infatti, sono abbastanza elevati se si tiene presente il limitato numero di *item*. Nelle «competenze» l'eliminazione di un *item* scarsamente correlato avrebbe accresciuto il valore dell'alfa ($\alpha = 0,80$).

Alla luce di quanto emerso dall'analisi dell'attendibilità e riflettendo sulla struttura del questionario che, effettivamente, risulta ampio e articolato, in particolare nella dimensione dell'agire del ruolo, si ritiene che lo strumento possa essere affinato e migliorato. Sicuramente l'ampiezza del questionario deriva dalla necessità di esplorare a fondo la complessità del ruolo svolto dalle tre professionalità interessate dallo studio.

5.1. La definizione del ruolo

Dalla lettura complessiva delle risposte emerge come il ruolo risulti abbastanza definito, con qualche criticità rispetto alle relazio-

ni strutturate con altre figure organizzative, alla chiarezza delle responsabilità attribuite e alla coerenza tra la posizione e l'autonomia assegnate all'interno dell'organizzazione (figura 3). Delle cinque dimensioni indagate, quella della definizione del ruolo è però risultata la più critica insieme a quella della valutazione. I più critici sono risultati i medici, seguiti dagli amministrativi. Decisamente più positivi i SATeR che esprimono una certa criticità solo sulla coerenza tra autonomia assegnata e posizione organizzativa.

Emerge una differenza significativa al test di KW con riferimento all'item che esplora la presenza di relazioni strutturate con altre figure professionali. I confronti *post-hoc* tra coppie di gruppi evidenziano che questa differenza riguarda il peggior giudizio fornito dagli amministrativi rispetto ai SATeR ($p < 0,05$).

Dall'analisi delle domande aperte si osserva un miglioramento nella definizione delle responsabilità assegnate per quanto riguarda: l'affinamento degli elementi di coerenza tra responsabilità e posizione ricoperta nell'organizzazione, l'analisi di alcuni processi operativi e la correlata definizione delle attività che li caratterizzano, e un miglior governo delle interfacce. Tutti i sog-

getti hanno una chiara consapevolezza del fabbisogno organizzativo cui il proprio ruolo può rispondere, ma mentre questo si traduce in una lettura sostanzialmente omogenea per quanto riguarda i SATeR, che ritengono fondamentale la gestione delle risorse umane dell'area assistenziale, per quanto riguarda i medici la lettura è più articolata: da funzione di «traino e coordinamento», finalizzata alla «connettività interaziendale, intraaziendale, intradipartimentale» a quella di «facilitatore di processi», di metodi, di strumenti di lavoro e di informazioni all'interno del Dipartimento. Sottolineano come il miglioramento debba riguardare innanzitutto un disegno più nitido del ruolo, da realizzare attraverso una definizione più chiara dei suoi confini, una migliore enucleazione delle responsabilità, con l'attribuzione di maggiori competenze e una visibilità aziendale più rilevante. Gli amministrativi esprimono grande coerenza nell'identificare il proprio ruolo di supporto alle funzioni di «core» aziendali, con compiti di «guida» all'interno del proprio Dipartimento e di «interfaccia» tra questo e il resto dell'organizzazione: molto efficaci sono le immagini di «oliatore» per il funzionamento dell'ingranaggio o quella di «cerniera». Essi identificano come maggior criticità l'inte-

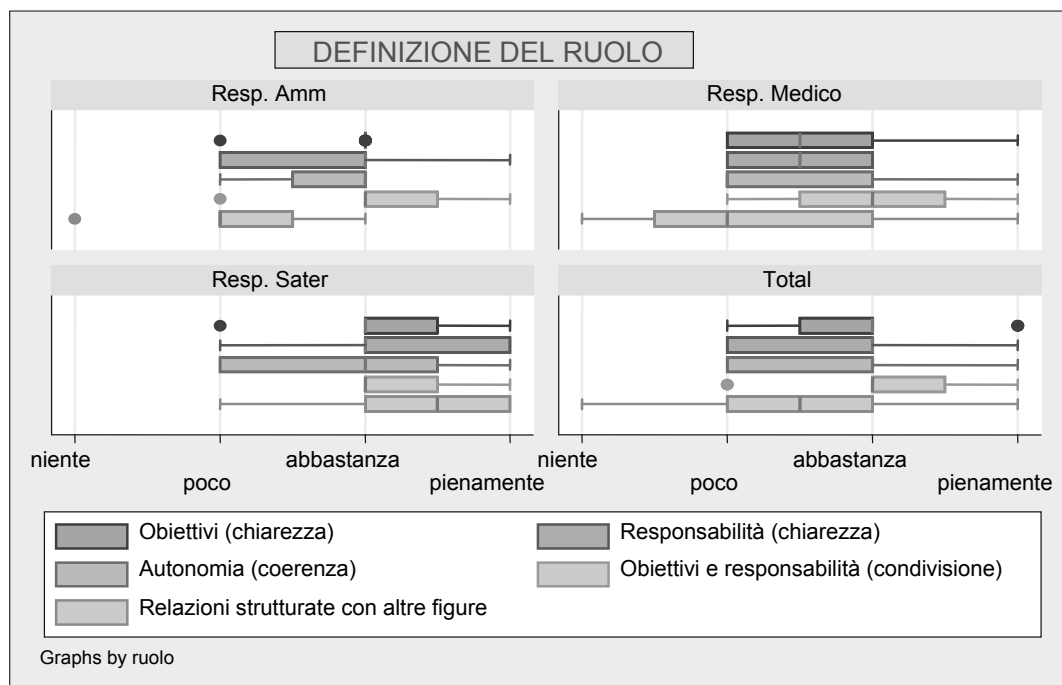


Figura 3
Boxplot per gli item
della dimensione
DEFINIZIONE DEL RUOLO

grazione con i servizi amministrativi centrali, con possibilità di sovrapposizioni e potenziali conflitti, rafforzata dall'esplicita e generale indicazione della necessità di migliorare la definizione del ruolo e delle competenze. Molto sentiti sono anche la necessità di un coordinamento trasversale ai Dipartimenti e lo scollamento tra posizione organizzativa attuale e prospettive di progressione e sviluppo della carriera professionale. Un'altra criticità emerge rispetto al tempo da dedicare ad aspetti definiti amministrativo-burocratici.

5.2. Agire il ruolo

La dimensione dell'agire il ruolo è risultata nel complesso meno problematica rispetto alla precedente, ma con punte di criticità su alcuni *item* più accentuate e differenze significative tra figure professionali al test di KW (figura 4).

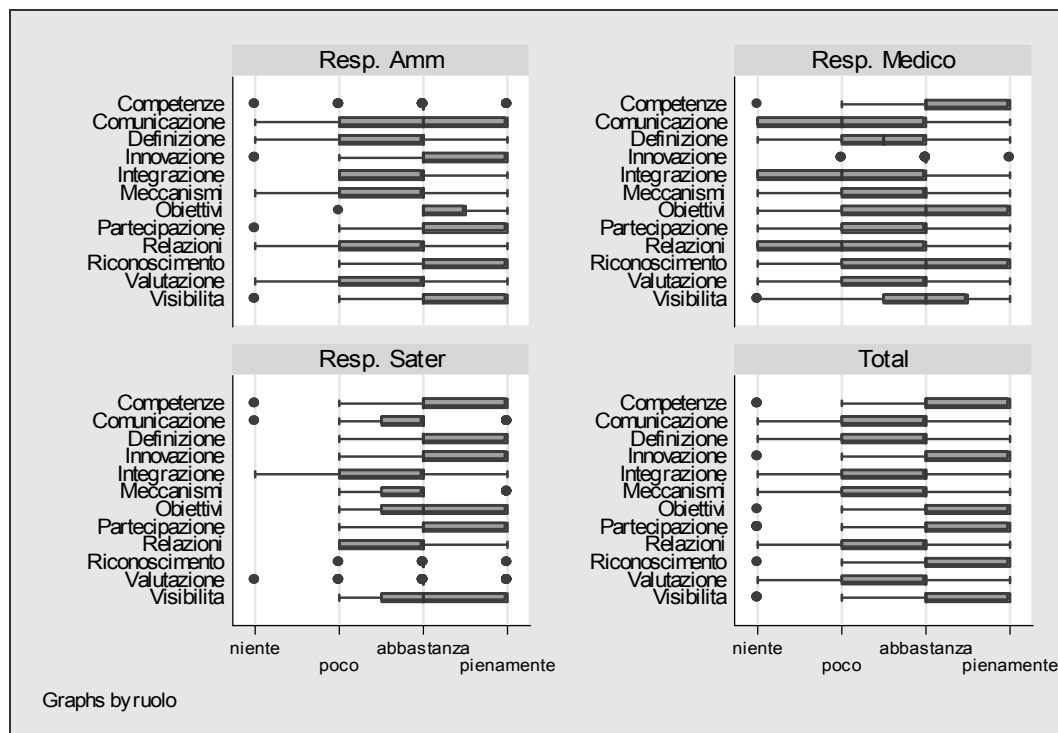
Il giudizio rispetto all'area delle relazioni di lavoro presenta una forte dispersione (figura 5), probabilmente anche perché fa leva su vissuti molto eterogenei dentro l'organizzazione. La relazione con la Direzione generale e con gli altri Dipartimenti ospedalieri è considerata abbastanza buona, in

particolare dagli amministrativi, mentre è ritenuta più debole verso i Distretti e soprattutto verso i Dipartimenti territoriali, in particolare da parte dei medici ($p < 0,01$ medici vs. amministrativi). Rispetto alle relazioni di lavoro con soggetti esterni all'Azienda si ha una variabilità tra le tre categorie professionali, con una maggior apertura da parte dei SATeR.

Per quanto riguarda il grado di partecipazione ad alcuni processi decisionali fondamentali che caratterizzano il funzionamento aziendale (pianificazione, processo di *budget*, valutazione del personale, ...), la percezione è più positiva per SATeR e amministrativi, mentre si distribuisce su tutta la scala dei valori per i medici. Nello specifico la partecipazione alla pianificazione e al processo di *budget* è vista positivamente dagli amministrativi, seguiti dai SATeR, mentre più critici sono i medici ($p < 0,05$ medici vs. SATeR). Complessivamente più scarsa è la partecipazione alla definizione del piano formativo, pure in questo caso con una percezione significativamente più positiva per i SATeR ($p < 0,05$). Anche nel coinvolgimento nel processo di gestione delle risorse vi è una valutazione significativamente diversa

Figura 4

Boxplot per gli *item* della dimensione AGIRE IL RUOLO



tra i SATeR, che si sentono tutti ampiamente coinvolti, e i medici ($p < 0,05$).

È interessante rilevare che gran parte degli intervistati, ma in particolare i SATeR, riconosce al ruolo la possibilità di modificare i meccanismi operativi interni al Dipartimento, mentre risulta più difficoltoso agire sul cambiamento di meccanismi operativi trasversali sull'Azienda.

Fra le tre figure è emerso un livello di comunicazione e integrazione abbastanza adeguato, sia nell'ambito dello stesso Dipartimento che fra ruoli omologhi degli altri Dipartimenti ospedalieri, anche se con una percezione molto critica da parte dei medici, che si differenziano significativamente dagli altri due ruoli ($p < 0,01$ vs. amministrativi, $p < 0,05$ vs. SATeR).

Gli interventi di miglioramento proposti dalla quasi totalità dei medici e dei SATeR riguardano la partecipazione, il coinvolgimento e la condivisione, anche attraverso lo staff aziendale, col quale vanno sviluppate le relazioni. Altro elemento indicato è rappresentato dalla «finalizzazione» della comunicazione, affinché sia chiara e sintetica e identifichi con chiarezza e appropriatezza i destinatari.

L'area dell'innovazione è individuata come strategica a livello aziendale ed è ritenuta utile da tutti gli intervistati, soprattutto per

quanto riguarda i processi organizzativi e i sistemi di gestione. È infatti unanime l'atteggiamento positivo rispetto all'opportunità di introdurre elementi di innovazione che facilitino il processo di cambiamento. Rispetto ai contenuti delle innovazioni proposte nelle risposte alle domande aperte, la quasi totalità degli amministrativi ritiene prioritaria la semplificazione dei processi decisionali, attraverso la ridefinizione di alcuni processi organizzativi e la contemporanea messa a punto di procedure più snelle che «riducano la burocratizzazione e la ridondanza delle informazioni». Molto sentiti sono inoltre i temi del coinvolgimento e della condivisione, anche attraverso incontri periodici tra i Dipartimenti ospedalieri, per «facilitare le relazioni con gli altri staff dipartimentali, coinvolgendo tutti i ruoli (medici, amministrativi e SATeR)». Vi sono, infine, proposte innovative di contenuto strettamente legato alla macrogestione di appartenenza, che riguardano, ad esempio, «i modelli assistenziali, la semplificazione del sistema informativo, o la centralizzazione della preparazione dei farmaci». Il soggetto organizzativo a cui si ritiene utile indirizzare le proposte di innovazione è la Direzione aziendale, insieme alle altre macrogestioni e allo staff. Solo in un sesto dei casi il proprio Dipartimento diviene l'unico interlocutore cui proporre innovazioni.

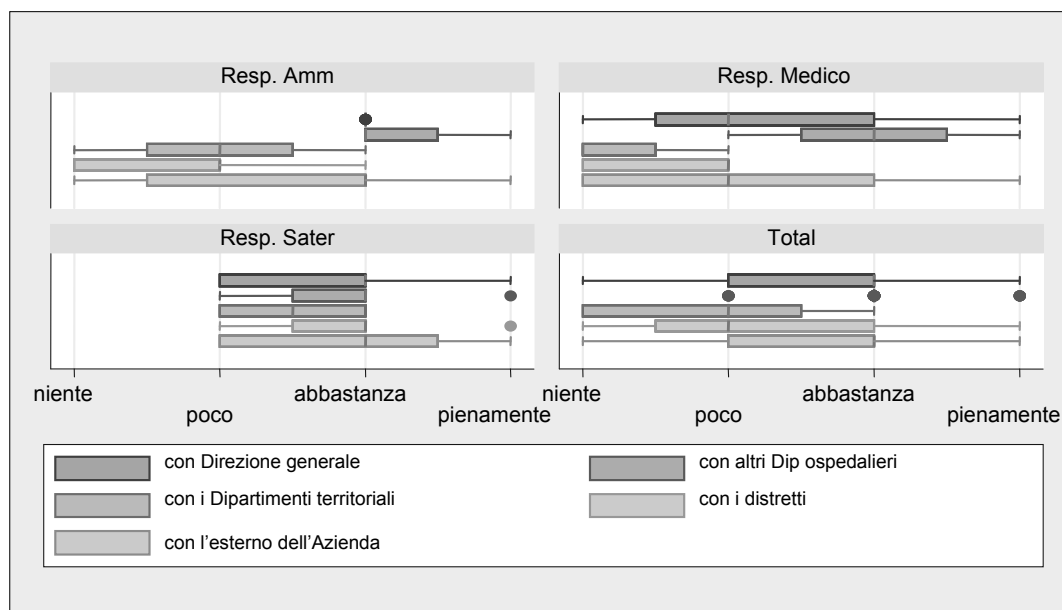


Figura 5
Boxplot per gli item della dimensione AGIRE IL RUOLO: Le relazioni di lavoro

5.3. Competenze di ruolo

Le valutazioni per la dimensione delle competenze di ruolo sono per la maggior parte positive (**figura 6**), senza differenze significative tra le figure professionali. La quasi totalità degli intervistati ritiene che le competenze specifiche siano adeguate al ruolo e chiaramente definite, con una particolare valorizzazione all'interno del Dipartimento. Gli amministrativi ritengono carente la presenza di percorsi formativi dedicati allo sviluppo e al mantenimento delle competenze. I due terzi degli intervistati sottolineano la necessità di ampliare e rafforzare le proprie competenze attraverso la formazione.

5.4. Percezione del ruolo

Le valutazioni espresse rispetto alla dimensione della percezione del ruolo (**figura 7**) ricadono per la quasi totalità nell'area abbastanza-pienamente, senza differenze significative tra le figure professionali. Pressoché tutti indicano come area di maggiore visibilità quella del proprio Dipartimento,

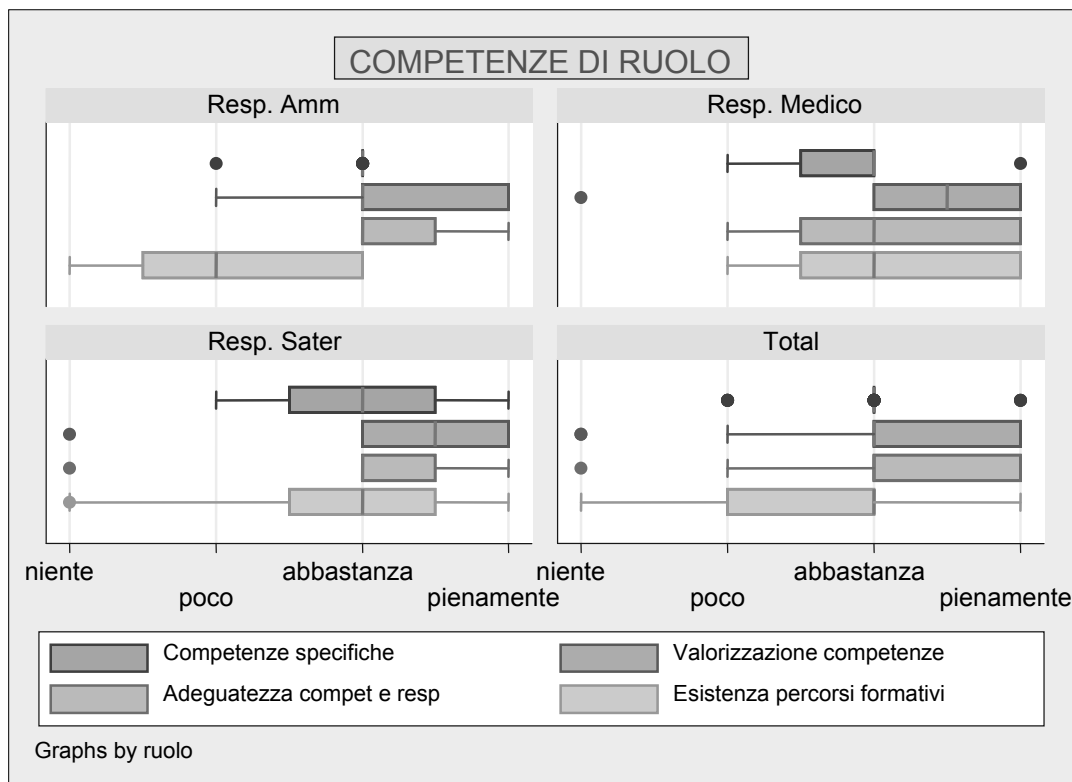
nel cui ambito viene riconosciuta la rilevanza delle responsabilità e degli obiettivi a loro assegnati. Alcuni SATeR affermano di essere «vissuti ancora dal personale gestito come antagonisti e non come direzione professionale». Sia gli amministrativi che i medici evidenziano come, al di fuori dei Dipartimenti ospedalieri, vi sia una scarsa conoscenza della loro organizzazione, che porta a un'errata interpretazione delle responsabilità e delle funzioni specifiche. Quasi la metà dei soggetti ritiene che il ruolo sia per niente o poco visibile all'esterno.

5.5. Valutazione del ruolo

La valutazione del ruolo (**figura 8**) viene sentita pienamente rispetto al raggiungimento degli obiettivi e, a seguire, rispetto alla capacità di coinvolgimento e alle modalità operative, senza differenze significative tra le figure professionali.

La presenza di ulteriori occasioni di valutazione, oltre a quelle previste dal contratto, è indicata da un po' più di un terzo degli interpellati: ne segnalano l'assenza, invece,

Figura 6
Boxplot per gli item della dimensione COMPETENZE DI RUOLO



quasi tutti gli amministrativi. Gli strumenti di valutazione sono giudicati abbastanza adeguati, ma migliorabili, anche rispetto alla tempistica, al loro collegamento con il sistema retributivo e a una maggior collegialità nel processo di valutazione che oggi è in capo al solo Direttore del Dipartimento.

6. Considerazioni conclusive

L'analisi del questionario evidenzia complessivamente l'impatto positivo della riorganizzazione aziendale rispetto ai ruoli nell'ambito dei Dipartimenti ospedalieri. Una lettura generale mostra come oltre i due terzi delle valutazioni ricadano tra «abbastanza» e «pienamente». La dimensione più positiva è quella delle competenze del ruolo, in particolare per quanto riguarda l'aspetto della valorizzazione del ruolo stesso all'interno del Dipartimento di appartenenza. Su una valutazione intermedia si colloca la percezione del ruolo, risultata complessivamente di più difficile interpretazione e valutazione da parte degli stessi interessati. Le dimensioni che risultano più critiche sono la definizio-

ne, l'agire e la valutazione del ruolo. Vanno tenute, però, in debita considerazione le differenze tra le diverse figure professionali, che vedono una disparità notevole di valutazione, in particolare tra medici e SATeR. Va rilevato che i recenti cambiamenti organizzativi hanno coinvolto in modo particolare le figure dei medici di Direzione sanitaria.

L'Azienda Usl di Bologna, infatti, nel corso degli ultimi anni, si è spostata da un governo dell'ospedale accentrato sulla Direzione di presidio a una logica di forte autonomia gestionale dei Dipartimenti. La figura del medico di organizzazione è stata affiancata da nuove professionalità, in un ridisegno complessivo delle competenze e delle responsabilità e una maggior qualificazione di tutti gli operatori sanitari. I risultati del questionario confermano questa fotografia per le tre professioni indagate. La percezione positiva espressa dal responsabile SATeR si può, infatti, ricondurre al percorso di crescita professionale di questa categoria avviato negli ultimi anni, che si è concretizzato in una maggior autonomia in ambito organizzativo e gestionale. La principale criticità che essi

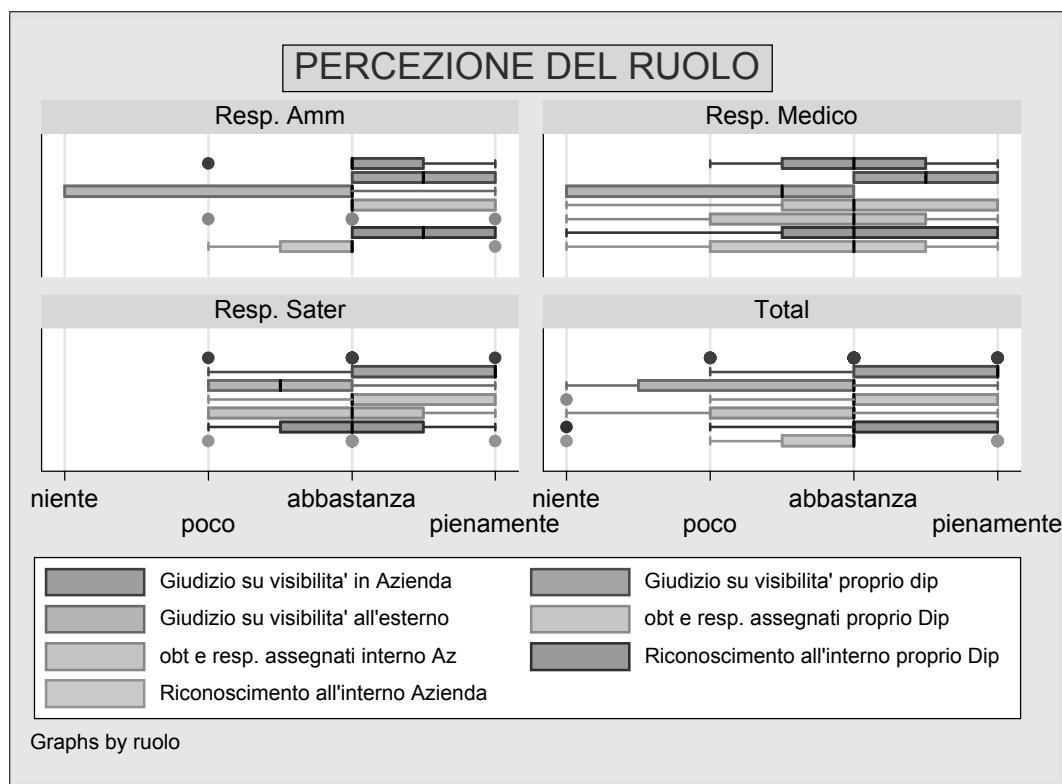
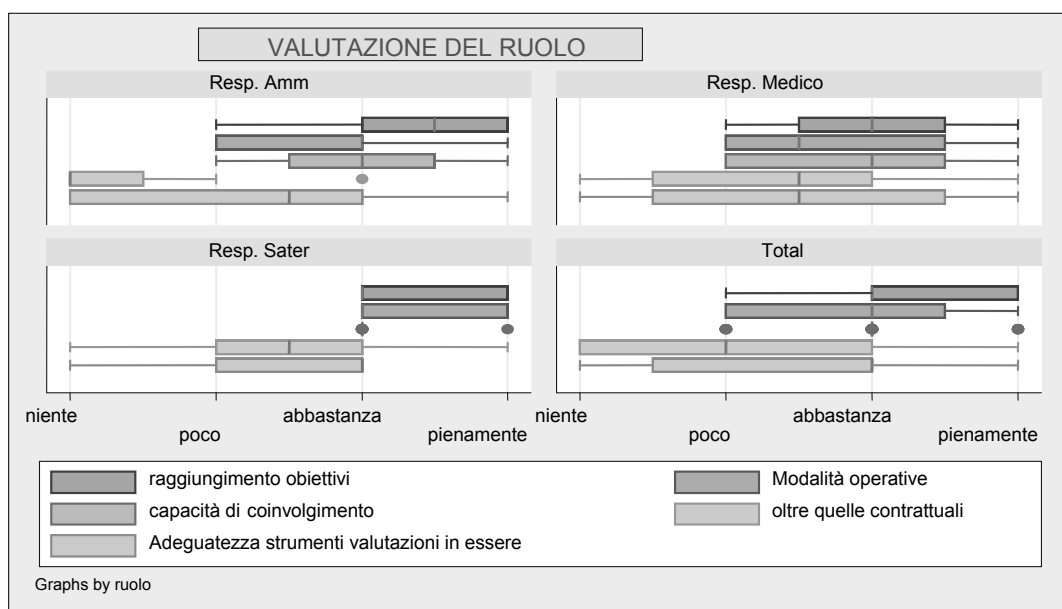


Figura 7
Boxplot per gli item
della dimensione
PERCEZIONE DEL RUOLO

Figura 8

Boxplot per gli item della dimensione VALUTAZIONE DEL RUOLO



evidenziano riguarda la gestione delle risorse umane di cui sono responsabili. Essa va messa in relazione a una molteplicità di fattori, fra i quali l'elevata numerosità dell'organico gestito, peraltro collocato su nove stabilimenti ospedalieri, la centralizzazione dei rapporti con i sindacati, che rende meno flessibile la gestione, i vincoli delle leggi finanziarie degli ultimi anni sul blocco del *turn-over* che non hanno favorito il clima lavorativo. Il medico di organizzazione evidenzia, invece, la problematicità legata alla destrutturazione del ruolo forte di Direzione sanitaria ospedaliera, mentre non si è ancora completato il percorso di costruzione dell'identità del nuovo ruolo all'interno del Dipartimento. Il responsabile amministrativo, al contrario, ha visto un cambiamento positivo nella sua collocazione in ambito dipartimentale, con una valorizzazione del proprio ruolo in particolare nel processo di programmazione e controllo. Ha, però, necessità di una maggior frequenza di momenti di coordinamento, soprattutto finalizzati a una miglior definizione delle responsabilità e dei percorsi relativi ai processi fondamentali per il funzionamento dell'azienda.

Si avverte una generale difficoltà nel consolidare modalità relazionali e strumenti di comunicazione che facilitino l'integrazione con le altre componenti dell'Azienda. A que-

sto proposito è comunque importante evidenziare che tutti i professionisti coinvolti nello studio hanno dimostrato un forte interesse alla sperimentazione di nuovi modelli di comunicazione, oltre che all'introduzione di modelli e strumenti innovativi in campo organizzativo e gestionale. Attraverso la loro percezione emerge, infatti, come il nuovo ruolo del Dipartimento, con le sue complesse responsabilità di carattere clinico, organizzativo ed economico, richieda l'introduzione di strumenti e pratiche che facilitino il pieno sviluppo delle funzioni manageriali del Direttore del dipartimento.

Mentre le più recenti indagini (Cicchetti, Mattarese, Vicentini, 2005) sulla diffusione del modello dipartimentale in Italia mostrano come la realtà operativa sia ancora lontana dalla piena applicazione del modello, nell'Azienda UsI di Bologna si sta cercando di realizzare un vero e proprio decentramento di responsabilità economiche e gestionali, perseguendo l'obiettivo di un management che integri la componente di governo clinico con quella di governo economico.

Come accade in ogni organizzazione che fonda i propri risultati sul capitale umano e ancor più per le organizzazioni professionali che operano in ambito sanitario, l'esito di un progetto organizzativo di tale portata deve essere sottoposto a un processo di continua

osservazione e confronto con tutti gli attori coinvolti nel cambiamento per orientare l'organizzazione verso performance sempre migliori, nel rispetto delle nuove identità funzionali e del progetto organizzativo in essere.

Ringraziamenti

Si ringraziano sentitamente per la preziosa collaborazione tutti i medici di Direzione sanitaria di supporto organizzativo, i responsabili amministrativi ed i responsabili SAtER dei Dipartimenti ospedalieri dell'Azienda USI di Bologna, e il Prof. Giorgio Gosetti, Università di Verona.

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

- BERGAMASCHI M., CANTÙ E. (2009), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BERGAMASCHI M., CANTÙ E. (2000), «Sviluppo del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto Oasi 2000*, Egea, Milano.
- CICCHETTI A., MATTARESE D., VICENTINI F. (2005), «Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di ruoli di integrazione in tre casi aziendali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto Oasi 2005*, Egea, Milano.
- GOSETTI G., LA ROSA M. (2006), *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*, Franco Angeli, Milano.
- KLEIN D.A., PRUSAK L. (1994), *Characterizing Intellectual Capital*, Ernst & Young Center for Business Innovation, Boston.
- LECCI F., MAESTRI B. (2007), «La Struttura del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano.
- LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base*, Egea, Milano.
- SIEGEL S., CASTELLAN J.J. (1988), *Statistica non parametrica*, 2nd ed. McGraw Hill, New York. (ed. italiana di Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences, McGraw-Hill, 1994)
- STEWART T.A. (1999), *Il Capitale Intellettuale: la nuova ricchezza*, Ponte alle Grazie, Milano.
- TUKEY J.W. (1977), «Exploratory Data Analysis», Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, USA.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999, N. 229, «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA. LEGGE REGIONALE 20 OTTOBRE 2003, N. 21. «Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna - Modifiche alla Legge Regionale 12 maggio 1994, n. 19».
- LEGGE 10 AGOSTO 2000, N. 251, «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica». Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.
- AZIENDA USL DI BOLOGNA, Delibera n. 4 del 28/01/2005, «Approvazione dell'Atto aziendale».
- AZIENDA USL DI BOLOGNA, Delibera n. 161 del 07/07/2005, «Approvazione Regolamento Organizzativo aziendale» e successive modifiche e integrazioni.

Allegato 1 - QUESTIONARIO

Si richiede gentilmente:

1. di esprimere la propria opinione per *ciascuno* dei quesiti a risposta chiusa proposti contrassegnando con una croce la casella prescelta a cui corrispondono quattro livelli di giudizio (PER NIENTE, POCO, ABBASTANZA, PIENAMENTE);
2. di rispondere brevemente al quesito a risposta aperta che trovate alla fine di ognuna delle 5 dimensioni indagate.

Questionario somministrato a:

- medico di Direzione Sanitaria di supporto organizzativo
 responsabile amministrativo di Dipartimento
 responsabile SATeR di Dipartimento

1. DEFINIZIONE DEL RUOLO	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	PIENAMENTE
a. Gli <u>obiettivi</u> assegnati al suo ruolo sono chiaramente definiti?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
b. Le <u>responsabilità</u> assegnate al suo ruolo sono chiaramente definite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
c. Il grado di autonomia assegnato al suo ruolo è coerente con la posizione nell'organizzazione?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
d. Vi è stato un coinvolgimento nella definizione del suo ruolo (obiettivi e responsabilità)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
e. Per il suo ruolo sono state formalmente definite relazioni strutturate con altre figure organizzative?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
f. Qual è il fabbisogno organizzativo al quale ritiene che il suo ruolo possa dare risposta?				
g. Quale ritiene sia l'aspetto di maggiore criticità rispetto alla definizione organizzativa del suo ruolo?				
h. Quali aspetti del suo ruolo vorrebbe fossero migliorati?				
i. Attraverso quali modalità e strumenti?				
l. Chi ritiene dovrebbe promuovere tali interventi di miglioramento?				
2. AGIRE IL RUOLO	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	PIENAMENTE
a. Nel suo ruolo intrattiene relazioni di lavoro:				
– con la Direzione aziendale?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– con altri Dipartimenti ospedalieri?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– con i Dipartimenti territoriali?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– con i Distretti?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– con l'esterno dell'Azienda?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
b. Nel suo ruolo ha la possibilità di proporre modifiche relativamente ai meccanismi operativi:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– del suo Dipartimento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– trasversali a più Dipartimenti ospedalieri?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– trasversali tra il suo Dipartimento e le altre Macrogestioni?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
c. In caso di un suo giudizio positivo, sono state da lei <u>formulate</u> proposte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
d. In caso di un suo giudizio positivo, sono state <u>accettate</u> le proposte da lei formulate?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
e. Nel suo ruolo partecipa ai processi decisionali fondamentali, quali:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– programmazione e controllo (processo di budget)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– pianificazione?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– definizione del piano formativo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– gestione delle risorse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– definizione/modifica di meccanismi operativi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– definizione/variazione dell'assetto organizzativo del Dipartimento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7

f. Ritieni adeguato il livello di integrazione <u>fra i tre ruoli di staff del suo Dipartimento?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
g. Esistono canali di comunicazione strutturati fra i tre ruoli?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
h. Ritieni che siano adeguati?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
i. Ritieni adeguato il livello di integrazione <u>fra i ruoli omologhi in staff agli altri Dipartimenti ospedalieri?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
l. Esistono canali di comunicazione strutturati con loro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
m. Ritieni che siano adeguati?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
n. Ritieni sufficiente il livello di integrazione <u>con le reti degli staff aziendali?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
o. Esistono canali di comunicazione strutturati con gli Staff aziendali?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
p. Ritieni che siano adeguati?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
q. Nell'attuale fase di sviluppo dell'organizzazione, ritieni utile l'introduzione di innovazioni rispetto: – ai metodi di lavoro? – ai processi organizzativi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
– ai sistemi di gestione?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
r. In caso di giudizio positivo, quali proporrebbe: – alla Direzione aziendale? – all'interno del suo Dipartimento? – con le altre macrogestioni? – con lo staff aziendale?				
s. In quali aspetti vorrebbe fossero migliorati i canali comunicativi?				
t. Attraverso quali strumenti?				
u. Quale ritieni sia l'aspetto di maggiore criticità rispetto alla possibilità di agire il suo ruolo?				
3. COMPETENZE DI RUOLO	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	PIENAMENTE
a. Le competenze specifiche del suo ruolo sono chiaramente definite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
b. All'interno del suo Dipartimento pensa che siano valorizzate le sue competenze?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
c. Le competenze da lei possedute sono adeguate rispetto alle responsabilità del suo ruolo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
d. Sono previsti percorsi formativi specificatamente dedicati allo sviluppo e mantenimento delle competenze rispetto alle responsabilità del suo ruolo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
e. Quali sono i contenuti legati alle sue competenze che vorrebbe approfondire attraverso percorsi formativi?				
f. Chi ritiene debba essere promotore di percorsi formativi?				
4. PERCEZIONE DEL RUOLO	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	PIENAMENTE
a. Pensa che il suo ruolo sia visibile: – in Azienda? – all'interno del suo Dipartimento? – all'esterno dell'Azienda?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7
b. A suo giudizio, il suo ruolo è chiaramente percepito (per quanto riguarda gli obiettivi e le responsabilità assegnate): – all'interno del suo Dipartimento? – all'interno dell'Azienda?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

c. Pensa che gli altri riconoscano la rilevanza del suo ruolo: – all'interno del suo Dipartimento? – all'interno dell'Azienda?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7
d. Quale ritiene sia l'aspetto di maggiore criticità rispetto alla percezione del suo ruolo?				
5. VALUTAZIONE	PER NIENTE	POCO	ABBASTANZA	PIENAMENTE
a. Viene effettuata una valutazione rispetto al suo ruolo, relativamente: – al raggiungimento degli obiettivi? – alle modalità operative?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7
– alle capacità di coinvolgimento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
b. Oltre agli adempimenti previsti a livello aziendale, in applicazione degli accordi contrattuali, sono previste altre forme di valutazione per quanto riguarda il suo ruolo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
c. Ritiene adeguati gli strumenti di valutazione del suo ruolo attualmente in essere?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
d. Quale ritiene sia l'aspetto di maggiore criticità rispetto alla valutazione del suo ruolo?				
e. Potrebbe suggerire qualche proposta di miglioramento a riguardo?				

L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva

ALESSIO TERZI, ANGELO TANESE, ALESSANDRO LAMANNA

Promoted by Cittadinanzattiva in 2001, the Civic Audit is a process, based on a specific methodology, for evaluating public healthcare organizations. The evaluation is carried out by citizens who gather the relevant data, process the information, formulate the assessments and propose corrective actions. Data are collected through standardized indicators, grouped under the 12 quality factors, obtainable through direct observation and interviews with managers. Indicators provide the measurements of Indexes of conformity with the standards selected for the assessment. Any citizen can take part in civic Audit, attending a training and then forming an evaluation team. The civic Audit has been adopted by 175 Italian public healthcare organizations, 8 Regions and by the Ministry of Health. The article describes the experience and discusses the results obtained.

Keywords: citizenship, evaluation, improvement

Parole chiave: cittadinanza, valutazione, miglioramento

Note sugli autori

Alessio Terzi è presidente di Cittadinanzattiva, Angelo Tanese è direttore dell'Agenzia per la valutazione civica, Alessandro Lamanna, Direttore scientifico dell'Audit civico

1. L'Audit civico in sanità

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

L'Audit civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva¹ sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato, nel quadro di una *partnership* con AstraZeneca.

Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie.

A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte è aumentato costantemente negli anni.

Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie sanitarie e gli Assessorati alla salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia.

Da ultimo, nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – Settore salute Dipartimento della prevenzione e della comunicazione e Dipartimento della qualità – con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit civico nel Servizio sanitario nazionale.

Il totale delle aziende coinvolte, nel corso degli anni, nell'Audit civico è pari a 175

SOMMARIO

1. L'Audit civico in sanità
2. Le ragioni dell'Audit civico
3. L'impianto metodologico
4. Gli effetti dell'Audit civico
5. Prospettive dell'Audit civico in sanità

aziende sanitarie. Si può dire, quindi, che l'Audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha, come protagonisti, i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

Nei livelli locali l'Audit civico facilita spesso le politiche di miglioramento, aprendo anche nuovi campi di azione e modalità di intervento inedite. L'applicazione della metodologia, infine, non è generalmente un fatto occasionale, ma tende a produrre una presenza stabile nelle prassi aziendali.

Le Aziende sanitarie che hanno preso parte all'Audit civico 2009 sono 87 (**tabella 1**), di cui 52 Aziende sanitarie locali (Asl) e 35 Aziende ospedaliere (Ao), attraverso l'adesione diretta al programma nazionale sostenuto dal Ministero della salute o con la partecipazione ai cinque programmi regionali:

- ciclo nazionale: 27 Aziende Sanitarie, di cui 17 Asl e 10 Ao;
- ciclo regionale Piemonte: 22 Aziende Sanitarie, di cui 13 Asl e 9 Ao;
- ciclo regionale Friuli Venezia Giulia: 12 Aziende Sanitarie, di cui 6 Asl e 6 Ao;
- ciclo regionale Provincia Autonoma di Trento: 1 Asl (Azienda provinciale);
- ciclo regionale Lazio: 20 Aziende Sanitarie, di cui 10 Asl e 10 Ao;
- ciclo regionale Abruzzo: 5 Asl.²

Nel corso del 2009 è stata anche attivata una applicazione nella Regione Umbria con l'adesione di sei aziende sanitarie, che però non ha ancora concluso la raccolta dei dati.

2. Le ragioni dell'Audit civico

La decisione di dotare la Cittadinanza attiva di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie – denominato Audit civico – nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per i diritti del malato: dare una forma concreta alla centralità del cittadino, rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie, prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evol-

uzione dei servizi sanitari, che le questioni affrontate nel 2001, non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza.

2.1. La centralità del punto di vista dei cittadini

Il primo ordine di problemi era quello di superare tre pregiudizi: la riduzione della centralità del cittadino a puro principio di deontologia professionale, l'idea che la tutela dei diritti dipendesse esclusivamente dalla buona organizzazione e, soprattutto, l'eccezione di incompetenza nei confronti del cittadino in quanto soggetto privo delle conoscenze e degli strumenti necessari.

I primi due aspetti possono essere considerati ormai minoritari e si è compreso definitivamente che praticare la centralità del cittadino significa, invece, definire specifici criteri di progettazione e di valutazione dei servizi e delle politiche sanitarie. L'eccezione di incompetenza, invece, non è stata ancora definitivamente superata. Le rilevazioni realizzate con lo strumento dell'Audit civico aiutano a meglio definire la situazione. Si è potuto verificare, infatti, che la centralità del cittadino acquista una consistenza concreta quando quest'ultimo si presenta come puro fruitore dei servizi (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.) o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostrano la crescente, anche se ancora insufficiente, attenzione verso la terapia del dolore e il sensibile miglioramento del *risk management*). Non è così, però, quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema e pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti (Moro, 1998). In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, se così si può dire, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza di un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Per far fronte a questo problema, gli strumenti classici della *customer satisfaction* sono stati ampiamente riformati³ e, negli stessi anni di sviluppo dell'Audit civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi

Tabella 1
N. Aziende sanitarie coinvolte nel programma Audit civico 2009
Fonte: Audit civico 2009 - Cittadinanzattiva

Aziende Ciclo Nazionale (27)	Ao Irccs Candiolo - To
Ao Regionale San Carlo - Pz	Aou S. Luigi di Orbassano - To
Asm - Azienda Sanitaria Matera	Aou San G. Battista - To
Asl Salerno - Presidio Ospedaliero Pagani	Aou Maggiore della Carità - No
Ao Ospedale Maggiore Crema	Ciclo Regionale Friuli (12)
Ao Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi - Va	Ass 1 Triestina
Asl Cremona	Ass 2 Isontina
Ao San Carlo Borromeo - Mi	Ass 3 Alto Friuli
Asur Zona Terr. 3 - Fano - Pu	Ass 4 Medio Friuli
Asur Zona Terr. 8 - Montecosaro/Civitanova Marche - Mc	Ass 5 Bassa Friulana
Asur Zona Territoriale 1 - Pesaro	Ass 6 Friuli Occidentale
Asur Zona Territoriale 2 - Urbino	Ao S. Maria degli Angeli - Pn
Asl 5 Oristano	Casa di Cura San Giorgio - Pn
Asl 3 Nuoro	Ao Universitaria Ospedali Riuniti - Ts
Asl 4 Lanusei	Irccs Burlo Garofolo - Ts
Asl 8 Cagliari	Irccs Centro Riferimento Oncologico Aviano - Pn
Ao Brotzu - Ca	Aou S. Maria della Misericordia - Ud
Ao Univesitaria Cagliari	Ciclo Regionale Provincia Autonoma Trento
Ao Cannizzaro - Ct	Apss Trento
Asl Enna	Ciclo Regionale Lazio (20)
Ausl 7 Ragusa	Asl Rm/B
Asp Catania	Asl Rm/C
Ao Papardo - Me	Asl Rm/D
Ao Garibaldi, S. Luigi-S. Currò, Ascoli-Tomaselli - Ct	Asl Rm/E
Ausl 8 Arezzo	Asl Rm/F
Ao Universitaria Senese	Asl Rm/G
Ausl 12 Viareggio - Lu	Asl Rm/H
Azienda Ulss 14 Chioggia - Ve	Asl Viterbo
Ciclo Regionale Piemonte (22)	Asl Rieti
Asl To1	Asl Latina
Asl To2	Ao S. Andrea
Asl To3	Ao S. Filippo Neri
Asl To4	Ao S. Giovanni
Asl To5	Ao Policlinico Gemelli
Asl Vercelli	Irccs Bambino Gesù
Asl Biella	Irccs Ifo
Asl Novara	Irccs Spallanzani
Asl Vco (Verbania-Cusio-Ossola)	Ao S. Camillo Forlanini
Asl Cuneo1	Ao Policlinico Tor Vergata
Asl Cuneo2	Ao Policlinico Umberto I
Asl Asti	Ciclo Regionale Abruzzo (5)
Asl Alessandria	Asl 1 Avezzano - Sulmona
Ao Cto - Maria Adelaide - To	Asl 2 Chieti
Ao S. Croce e Carle - Cn	Asl 3 Lanciano Vasto
Ao Ss. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Al	Asl 5 Pescara
Ao Ordine Mauriziano - To	Asl 6 Teramo
Ao Oirm / S. Anna - To	

esiti (Cinotti, Cipolla, 2003; Tanese, Negro, Gramigna, 2003), ma tutto questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini, anche con tecniche innovative, ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate (Altieri, 2002). La necessità di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini nella definizione, nella valutazione e nella attuazione delle politiche pubbliche resta un problema aperto e di crescente attualità (Moro, 2008, p. 42; Bobbio, 2004).

Nell'Audit civico il cittadino cessa di essere un puro oggetto di indagine, da interrogare con le dovute tecniche, ma diventa il soggetto valutatore che visita le strutture e interroga i responsabili. Per sostenere con i necessari strumenti disciplinari questo approccio, si è partiti dalla considerazione che la stessa espressione «rappresentare il punto di vista del cittadino» ha due significati ben distinti, anche se complementari.

Il primo significato è che il punto di vista del cittadino è uno *standpoint* vale a dire uno specifico punto di osservazione – non un'opinione soggettiva – che mette in luce aspetti della realtà considerata, generando informazioni diversamente inaccessibili. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non poteva significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza. L'attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l'osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi a pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori delle aziende sanitarie, dei medici, degli infermieri, degli amministratori regionali, ecc.).

La seconda accezione dell'espressione «rappresentare il punto di vista dei cittadini» ha a che fare con la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto

dei cittadini, al fine di far valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. È necessario quindi intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e sulla definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo alla amministrazione e ai professionisti.

Per rispondere a questa duplice esigenza, l'Audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, ma ha anche identificato le procedure pubbliche che permettono ai cittadini di far valere le proprie valutazioni attraverso la costruzione condivisa dei programmi di miglioramento e di adeguamento.

2.2. La trasparenza del servizio sanitario

Il secondo ordine di problemi viene dall'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie. Il punto di partenza, a questo proposito, è stata la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva con il Tribunale per i diritti del malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari (Petrangolini, Moro, 1987; Petrangolini, 2007) per ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti e per fare sì, in seconda istanza, che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

Questa motivazione si è via via incontrata con una crescente domanda pubblica di trasparenza e di *accountability*, aumentata sensibilmente negli ultimi anni per fare fronte ad almeno tre grandi problemi:

- sostenere il contrasto alla illegalità e alla corruzione che periodicamente emergono con prepotenza anche nel Servizio sanitario nazionale;

- sviluppare le funzioni di regolazione e controllo all'interno di un sistema sanitario «regionalizzato» e «aziendalizzato» e, quindi, costituito da insiemi articolati di soggetti pubblici e privati autonomi, che devono, comunque, garantire determinati requisiti di accreditamento e prestazioni e, perciò, rendere conto della propria azione;

– valutare i responsabili, e in particolare i direttori generali, in base alla capacità di raggiungere gli obiettivi (non soltanto economici) loro assegnati e di garantire l'appropriatezza e la qualità dei servizi.

Il D.L.vo 150/2009 ha inteso sostenere il raggiungimento di tali obiettivi con un quadro normativo generale, finalizzato a migliorare il ciclo di gestione della performance nelle amministrazioni pubbliche e la trasparenza dell'operato dell'amministrazione. Permane tuttavia, almeno in sanità, una tale priorità sul conseguimento di determinati risultati economici (e in particolare nelle Regioni sottoposte al Piano di rientro) da lasciare ancora ben poco spazio a una visione più ampia delle funzioni di governo e delle esigenze di *accountability* del sistema.

La valutazione civica può portare un contributo non trascurabile alla domanda crescente di trasparenza e rendicontazione. La corretta rappresentazione del punto di vista del cittadino è ormai considerata parte integrante delle procedure di accreditamento e delle certificazioni di qualità. E non è un caso che nelle convenzioni regionali vigenti le applicazioni dell'Audit civico siano state collegate con le procedure di accreditamento e, in alcuni casi, anche con la valutazione dei direttori generali.

2.3. Un contrappeso ai rischi di frammentazione

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale ma fondata su criteri omogenei e comparabili, quali quelli dell'Audit civico, era la volontà di prevenire il rischio che il condivisibile processo di decentramento regionale si traducesse in una frammentazione irreversibile del Servizio sanitario, abbandonando la tutela universale dei diritti alle logiche del contenimento della spesa e al «fai da te» delle singole amministrazioni regionali o dei singoli direttori generali.

La frammentazione in realtà è avvenuta, come dimostrano tutte le comparazioni fra i servizi sanitari regionali realizzate in questi anni dalle stesse istituzioni e vari enti di ricerca.

In tal senso, l'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dalla attività di

tutela dei diritti e il *benchmarking* sono stati due elementi cardine per la progettazione dell'Audit civico. Fin dall'inizio, infatti, si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte di diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale, potesse essere anche una proposta di difesa dell'universalità del servizio sanitario pubblico. L'ampia diffusione della metodologia potrebbe dipendere in buona misura dal fatto che queste caratteristiche sono state accolte con favore.

3. L'impianto metodologico

3.1. Le quattro domande dell'Audit civico

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono dalla corretta formulazione dei quesiti cui l'Audit stesso vuole dare una risposta. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari (Lamanna, Terzi, 2005).

1. Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto in un processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: «*Quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?*».

2. Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e il quesito è: «*Quale priorità assumono nell'azione delle aziende sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?*».

3. Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi: «*La partecipazione dei cittadini è considerata dalle aziende sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa (quando lo*

è) solo come un adempimento burocratico previsto da alcune leggi?».

4. Il quarto aspetto riguarda il cittadino e la comunità in cui vive e la domanda è «*Quali risposte ha fornito l'azienda sanitaria a un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?*».

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fanno sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione, però, permette di selezionare i temi da includere nell'Audit civico e i dati da raccogliere.

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l'orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su cosa si sta facendo per garantire una buona informazione sui servizi, per rispettare i diritti dei malati, per rendere confortevoli e accoglienti le strutture, per sostenere le famiglie dei malati gravi, ecc.

Per quanto riguarda la seconda domanda, si possono prendere in considerazione gli interventi di adeguamento della sicurezza delle strutture e degli impianti, i provvedimenti relativi all'individuazione e alla prevenzione degli eventi avversi, le misure per la gestione del dolore dei pazienti e l'attività volta a facilitare l'utilizzazione dei servizi da parte dei malati cronici e terminali.

La trattazione della terza domanda – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella gestione delle politiche aziendali – è meno immediata. L'occasione dell'Audit civico, comunque, permette di fare un punto sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla volontà di cercare nuove modalità di confronto con le comunità locali e, infine, sulla capacità di dare uno spessore strategico ai rapporti cittadino/azienda.

La quarta domanda è, ovviamente, indeterminata circa i contenuti (in quanto non è possibile prevedere quali siano i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti), ma l'Audit civico offre l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori da concludersi con una iniziativa pubblica.

3.2. Riferimenti teorici e metodologici

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) diversi approcci metodologici: l'analisi e la valutazione civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità.⁴

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita (Moro, 1998). Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari che permettono ai cittadini di rappresentare in forma strutturata il proprio punto di vista e di partecipare quindi come soggetti autonomi ai processi di valutazione.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del D.P.C.M. del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini un'autonomia e significativa attività di valutazione dei servizi, ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività (Ministero della sanità, 1996). Ai fini dello sviluppo dell'Audit civico, assume una particolare rilevanza il concetto di fattore di qualità inteso come «aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie». Diviene possibile, in questo modo, scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

Le procedure della qualità hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra il Tribunale per i diritti del malato e le direzioni aziendali, e per definire le modeste correzioni necessarie per favorire una maggiore integrazione con i processi di controllo e di miglioramento. Il secondo contributo, dato dalla metodologia del *benchmarking*, ha permesso di definire un insieme di indicatori di performance che rende possibile la compara-

zione fra le aziende e quindi l'aumento della significatività della valutazione.

3.3. La struttura di valutazione dell'Audit civico⁵

La struttura dell'Audit civico è costituita da tre componenti nazionali (più una eventuale a carattere locale), 12 fattori di valutazione e 380 indicatori (figura 1).

Le componenti

Le componenti sono state definite in corrispondenza alle quattro «domande dell'Audit civico», illustrate in precedenza. Le componenti strutturate a livello nazionale sono tre:

1) l'orientamento ai cittadini, cioè l'attenzione dimostrata dall'azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel Ssn (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale, ecc.);

2) l'impegno dell'azienda nel promuovere politiche di particolare rilievo sociale e sanitario;

3) il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali.

A esse si aggiunge una componente che, se lo si ritiene opportuno, può essere sviluppata con un autonomo approccio locale e cioè:

4) la capacità di risposta dell'azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come «urgente» dalla comunità locale.

Le prime tre componenti sono sviluppate secondo un approccio unitario e universalistico, volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche e la successiva possibilità di promuovere esperienze di *benchmarking* e di disseminazione di «buone pratiche».

I fattori di valutazione

Le prime tre componenti sono articolate in dodici «fattori di valutazione», secondo il seguente schema:

Orientamento al cittadino:

- 1) accesso alle prestazioni sanitarie;
- 2) tutela dei diritti e miglioramento della qualità;
- 3) personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenti;
- 4) informazione logistica e sanitarie, comunicazione ed educazione;
- 5) comfort.

Impegno dell'azienda nel promuovere alcune «politiche» di particolare rilievo sociale e sanitario:

- 6) sicurezza dei pazienti;
- 7) sicurezza delle strutture e degli impianti;
- 8) malattie croniche e oncologia;
- 9) gestione del dolore;
- 10) prevenzione;

Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

- 11) attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti;
- 12) altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.



Figura 1
La struttura di valutazione dell'Audit civico

Gli indicatori

Ognuno dei dodici fattori sopra indicati è indagato attraverso la rilevazione di una serie di indicatori, raccolti in una «matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari».

Ogni fattore di valutazione, quindi, è collegato a un «grappolo» di indicatori che permettono di osservare fenomeni elementari, che esprimono in modo significativo il modo di essere o di funzionare della realtà esaminata, o la sua corrispondenza a norme, regole di buone prassi, ecc.

I livelli di applicazione

La struttura di valutazione dell'Audit civico si completa con la definizione dei *livelli di applicazione*, vale a dire gli ambiti del Servi-

zio sanitario nazionale nei quali è effettuata la rilevazione degli indicatori.

I livelli previsti e applicati, fino a ora, sono tre:

– L1 l'ambito aziendale (l'azienda sanitaria nel suo complesso);

– L2 l'ambito dell'assistenza ospedaliera;

– L3 l'ambito delle cure primarie che comprende:

L3a l'assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari),

L3b l'assistenza specialistica territoriale (poliambulatori),

L3c l'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM/Ser.T.).

Nelle **tabelle 2, 3 e 4** è riportata la distribuzione dei fattori nei diversi livelli di applicazione.

Tabella 2

Articolazione in fattori e indicatori della componente «Orientamento ai cittadini» (*)

Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
1.1 - Accesso alle prestazioni sanitarie	5	10	14	6	10
1.2 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	8	6	5	5	6
1.3 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	=	38	2	6	8
1.4 - Informazione e comunicazione	=	27	18	9	9
1.5 - Comfort (*)	=	36	9	9	9

(*) Nel caso del comfort vengono rilevati anche eventi indicatori di fatiscenza, trascuratezza e scarsa manutenzione.

Tabella 3

Articolazione in fattori e indicatori «Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario»

Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
2.6 - Sicurezza dei pazienti	6	24	=	=	=
2.7 - Sicurezza delle strutture e degli impianti	4	7	3	3	3
2.8 - Malattie croniche e oncologia	12	=	=	=	=
2.9 - Gestione del dolore	13	8	=	=	=
2.10 - Prevenzione (*)	18	2	3	2	1

(*) Nel caso della prevenzione vengono rilevati anche eventi rivelatori del mancato rispetto del divieto di fumo.

Tabella 4

Articolazione in fattori e indicatori «Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali»

Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c
3.11 - Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti	9	=	=	=	=
3.12 - Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda	8	=	=	=	=

Gli strumenti di rilevazione

Per la raccolta dei dati sono utilizzate cinque tipologie di questionari rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell'Audit civico, e sei diverse *check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari) (**box 1**).

La metodologia di indagine della componente locale

A differenza delle prime tre componenti, l'esame della componente locale dell'azione di un'azienda sanitaria non avviene secondo un approccio strutturato centralmente sulla base di batterie di indicatori che esaminano stesse aree tematiche nei diversi contesti, bensì secondo un approccio locale. Lo sviluppo di questa componente è volontario e non obbligatorio.

Ciascun Gruppo di Audit civico può selezionare un particolare problema significativo dal punto di vista dei cittadini e vedere se e in che misura c'è stata una risposta da parte dell'azienda sanitaria. Attraverso questa componente, l'Audit civico acquisisce così una dimensione «locale» e si fa portatore di un contributo conoscitivo «mirato», legato

al contesto di ciascuna azienda in cui esso è realizzato.

Per individuare il problema da trattare, il gruppo di Audit civico delimita l'area dei problemi che possono essere affrontati, date le caratteristiche generali dell'Audit civico. L'esperienza, però, del Tribunale per i diritti del malato maturata in questi anni e quella delle altre organizzazioni *non profit*, che operano in campo sanitario, hanno messo in evidenza come, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, esistano questioni dove è indispensabile che il punto di vista degli utenti sia integrato con quelli più tradizionali dell'amministrazione e degli operatori sanitari.

Per la scelta del problema, quindi, vengono percorse due strade: la prima strada, più complessa, consiste nell'aprire una vera e propria «fase istruttoria», esaminando rapporti e documenti (ad esempio prodotti dall'Urp, da organizzazioni di cittadini o da sindacati) e cercando di individuare un problema che abbia una rilevante dimensione quantitativa, una tendenza a ripresentarsi periodicamente, un particolare impatto sui cittadini e sia percepito come problema, una dimensione concreta affrontabile nel medio/breve periodo.

Box 1

Per il **L1 - livello azienda sanitaria:**

L1Q: Questionario per la direzione generale e la direzione sanitaria aziendale

L1GO: Griglia di osservazione (per le liste d'attesa)

Per il **L2 - livello assistenza ospedaliera:**

L2Q: Questionario per la direzione sanitaria di presidio ospedaliero

L2GO A: Griglia di osservazione modulo A (per l'osservazione delle parti comuni del presidio osp.)

L2GO B: Griglia di osservazione modulo B (per l'osservazione delle U.O. di degenza del presidio osp.)

Per il **L3a - livello distretto:**

L3Q A: Questionario Cure primarie modulo A (per la direzione sanitaria di distretto)

L3GO A: Griglia di osservazione Cure primarie modulo A (per la sede di distretto)

Per il **L3b - livello poliambulatorio:**

L3Q B: Questionario Cure primarie modulo B (per la direzione sanitaria di distretto - sul Poliambulatorio)

L3GO B: Griglia di osservazione Cure primarie modulo B (per il poliambulatorio)

Per il **L3c - livello CSM/Ser.T.:**

L3Q C: Questionario Cure primarie modulo C (responsabile del servizio)

L3GO C: Griglia di osservazione Cure primarie modulo C (per il Ser.T. e il CSM)

La seconda strada, invece, più veloce può essere quella di delimitare il campo della scelta alle questioni che, nel corso degli anni, il Tribunale per i diritti del malato ha posto di fronte alla direzione dell'Azienda sanitaria e che costituiscono ancora vere e proprie «aree critiche», in quanto ignorate o non affrontate adeguatamente.

A questo punto, lo strumento operativo attraverso il quale si propone di sviluppare la componente locale è quello dell'«Incontro di Audit», vale a dire un incontro pubblico nel quale tutti i soggetti coinvolti nel problema esaminato sono presenti e possono interagire esprimendo il proprio punto di vista, sulla base di un eventuale elenco delle possibili soluzioni da discutere pubblicamente.

Le migliori soluzioni possono essere individuate selezionandole sulla base dei criteri di: pertinenza, efficacia, efficienza, impatto, ostacoli e fattori di facilitazione, fattori legislativi, economici, strutturali, ecc.

In seguito allo svolgimento dell'Incontro di Audit, l'équipe può redigere una relazione in cui si cercherà di mettere in evidenza gli elementi di maggiore convergenza tra i diversi soggetti intervenuti e quelli che, al contrario, hanno registrato una maggiore divergenza.

Tale eventuale relazione è parte integrante dei risultati dell'Audit civico e viene diffusa pubblicamente secondo quanto previsto nella lettera d'intenti firmata dal Tribunale per i diritti del malato e dall'Azienda sanitaria.

Gli indici di adeguatezza agli standard

Gli indicatori sono tutti associati a uno standard riconosciuto⁶ ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, in ogni livello e per ogni fattore un Indice di adeguatezza degli standard (Ias). Quando lo standard è pienamente conseguito all'indicatore viene attribuito valore 100, zero nel caso opposto. La media ponderale dei valori raggiunti dai grappoli di indicatori nelle caselle è il valore dell'Ias, la differenza fra il valore dell'Ias è 100 e misura lo scarto fra la situazione constatata e il pieno conseguimento di tutti gli standard (figura 2).

Lo studio degli Ias, è la base della valutazione locale e del *benchmarking* e permette di condurre analisi di sistema che assumono un particolare valore nei cicli applicativi nazionali e regionali.

3.4. Il ciclo operativo dell'Audit civico

Come abbiamo visto, l'Audit civico non è una semplice raccolta di informazioni ma un processo di valutazione civica promosso dalle organizzazioni civiche e accolto dalle aziende sanitarie, e che può essere suddiviso in quattro grandi fasi: le operazioni preliminari, la preparazione, l'esecuzione e le azioni finali.

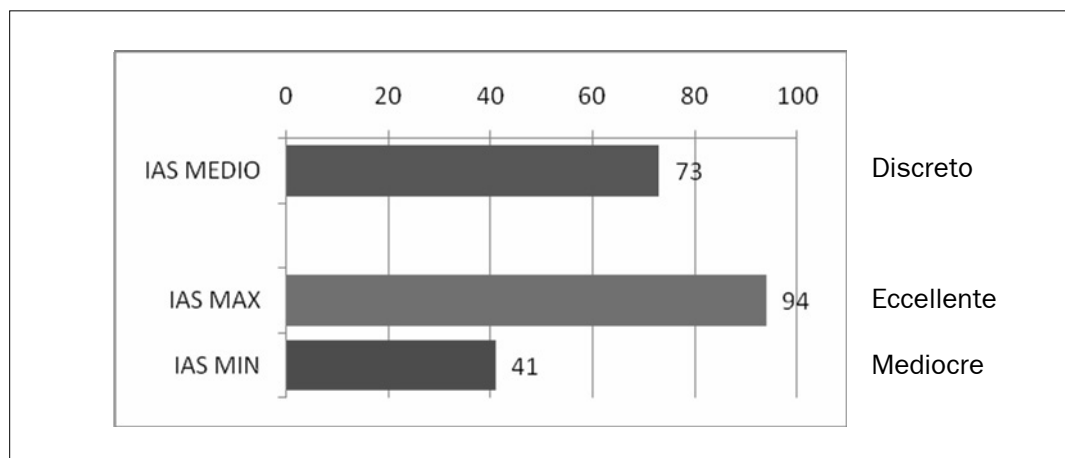
Operazioni preliminari

Le operazioni preliminari alla realizzazione dell'Audit in un'azienda sanitaria sono

Figura 2

Esempio di Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati nella Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico (2009)



due: la formalizzazione dell'adesione al programma e la formazione dei responsabili.

Per aderire al programma Audit civico è necessario formalizzare la *partnership* tra la Direzione generale e il Responsabile locale del Tribunale per i diritti del malato, attraverso la firma di una lettera d'intenti da entrambe le parti. Le parti (aziendale e civica) procederanno, poi, a nominare i rispettivi responsabili che avranno il compito di guidare la realizzazione del programma di Audit civico.

Nel caso dei cicli regionali l'adesione di tutte le aziende sanitarie è mediata dalla stipula della Convenzione regionale tra l'ente regionale preposto e Cittadinanzattiva regionale.

I responsabili di parte aziendale e civica partecipano al corso di formazione interregionale sull'Audit civico, nel quale vengono presentati l'impianto metodologico, gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, il ciclo delle operazioni da svolgere e le procedure di partecipazione. La partecipazione al corso di formazione è una condizione vincolante per potere accedere al programma di Audit civico.

La preparazione (progettazione operativa)

La fase di preparazione comprende due operazioni: la costituzione dell'équipe operativa locale e la definizione del progetto locale (campo di applicazione e programma operativo).

Ogni realtà deve insediare l'équipe operativa dell'Audit civico, che si occuperà operativamente del programma. L'équipe operativa è costituita da un minimo di otto a un massimo di venti persone (cittadini volontari e operatori indicati dalla direzione). I componenti dell'équipe vengono preparati allo svolgimento dell'Audit civico con un modulo locale curato dai responsabili che hanno partecipato alla formazione interregionale. L'équipe operativa si avvale dell'assistenza tecnica della sede nazionale e della sede regionale di Cittadinanzattiva.

Il Piano locale di Audit civico comprende:

- la definizione del campo di applicazione, cioè l'elenco dettagliato delle strutture che saranno sottoposte ad analisi, definite secon-

do le regole date dalla direzione del progetto, i nominativi dei responsabili da intervistare e l'indicazione degli operatori incaricati dell'accoglienza dei gruppi di osservazione;

- la designazione nominativa delle persone responsabili delle specifiche operazioni di raccolta dei dati (somministrazione dei questionari e osservazione diretta);

- il calendario delle operazioni di raccolta dei dati.

L'esecuzione

La fase di esecuzione comprende le operazioni di raccolta dei dati e della loro restituzione su supporto informatico.

Le azioni finali

Le azioni finali comprendono cinque operazioni:

- elaborazione e restituzione delle basi dati e del *benchmarking* alle équipe locali;

- elaborazione dei rapporti locali;

- elaborazione del rapporto nazionale o regionale;

- pubblicazione degli esiti dell'Audit civico;

- verifica degli esiti.

L'elaborazione del Rapporto locale di valutazione comprensivo delle proposte dei piani di miglioramento è un compito specifico dell'équipe locale ed è articolato in quattro parti: l'analisi dei dati, il verbale sintetico di valutazione, il piano di eliminazione delle non conformità e il piano delle azioni correttive.

L'analisi viene generalmente condotta a tre livelli. Il primo livello concerne il comportamento locale dei fattori, permette di individuare i potenziali punti di forza (costituiti dai fattori che conseguono un Ias uguale o prossimo a cento o comunque molto elevato) e le potenziali aree critiche (costituite dai fattori in cui, al contrario, l'Ias si attesta sui valori più bassi). Il secondo livello si riferisce ai singoli indicatori, è volto a rilevare quali fra essi sono responsabili delle performance della azienda a causa del mancato conseguimento totale o parziale dello standard previsto. Il terzo è la comparazione con le altre realtà, l'esame delle tavole di *benchmarking*

permette di rilevare in quali ambiti il comportamento dell'azienda è conforme a quello generale del sistema e dove si distacca da esso verso l'alto o verso il basso.

Il verbale di valutazione sintetizza gli esiti salienti dell'analisi dei dati, raccoglie i giudizi dell'équipe sulla effettiva rilevanza delle lacune e dei punti di forza individuati, propone una interpretazione delle situazioni considerate più rilevanti e formula raccomandazioni di ordine generale.

Il piano di eliminazione delle non conformità è rivolto a proporre l'adeguamento agli standard degli indicatori critici messi in evidenza dall'analisi dei dati, indicando gli interventi adeguati a tale scopo. È opportuno che, a partire da una valutazione sulla rilevanza delle situazioni negative constatate e sulla fattibilità concreta degli interventi proposti, il piano indichi anche ordini di priorità e precise scadenze temporali.

Il piano delle azioni correttive è volto a individuare le azioni sistematiche necessarie a prevenire il ripetersi delle non conformità (ad esempio l'istituzione di un ufficio o di un responsabile del *risk management* fornito di risorse e poteri sufficienti). Non sempre l'équipe locale è in grado di procedere autonomamente nell'individuazione delle azioni correttive, a tale proposito può e deve chiedere uno specifico confronto con la direzione generale.

La sede nazionale o regionale di Cittadinanzattiva realizza un rapporto conclusivo al termine di ogni ciclo applicativo di Audit civico, che comprende l'illustrazione analitica delle tavole di *benchmarking*, la discussione degli elementi salienti messi in evidenza dall'analisi dei dati e raccomandazioni per il miglioramento indirizzate ai diversi interlocutori.

Gli esiti dei cicli applicativi di Audit civico sono resi pubblici a tutti i livelli. Per quanto riguarda le realtà locali, si rimanda allo specifico punto del paragrafo successivo. Per quanto riguarda la realtà nazionale, si prevede un apposito evento organizzato a cura del Comitato paritetico.

A circa un anno di distanza dalla conclusione, è prevista una verifica sugli effettivi esiti e, in particolare, sullo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive. Conviene prendere in considerazione, a questo

proposito, l'opportunità di realizzare un nuovo ciclo di Audit civico.

4. Gli effetti dell'Audit civico

L'analisi degli effetti prodotti da dieci anni di sperimentazione e realizzazione dell'Audit civico nelle aziende sanitarie italiane deve tener conto dell'interazione dei cicli di Audit con i processi di *governance*, con riferimento a quattro ambiti operativi: lo sviluppo della partecipazione civica, l'aggiornamento dei modelli cognitivi degli operatori e dei cittadini, l'interazione con le politiche sanitarie in ambito regionale, la definizione e l'attuazione di processi di miglioramento delle politiche e dei servizi.

Per sostenere con dati obiettivi la considerazione dell'impatto dell'Audit civico in questi quattro diversi ambiti sono state utilizzate le seguenti fonti di informazione:

- l'indagine sulle azioni di miglioramento messe in atto in seguito alla realizzazione dell'aggiornamento della metodologia nel 2003;

- un'indagine *ad hoc* su 15 realtà particolarmente significative⁷ mediante la convocazione di un *focus group* in data 25 giugno 2009 e la somministrazione di un questionario;

- la ricognizione sui siti internet delle aziende, delle amministrazioni regionali e di alcune associazioni professionali;

- un *focus* sulla reattività e sulla proattività delle aziende sanitarie di Roma che hanno partecipato all'Audit civico;

- il dossier redatto nel 2009 dall'Agenzia sociosanitaria dell'Emilia Romagna, con la collaborazione di Cittadinanzattiva, sulla esperienza regionale dell'Audit civico (Assr Emilia Romagna, 2009).

4.1. Uno strumento al servizio della partecipazione civica

I dati sul coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali hanno messo in evidenza una situazione non soddisfacente delle politiche della partecipazione. La legislazione ha proposto numerosi spazi di incontro fra i cittadini e le istituzioni sanitarie che, però, si sono rivelati di non facile attuazione per motivi di varia natura. In generale, manca

una definizione precisa degli argomenti che dovrebbero essere trattati e del valore formale dei pareri formulati. L'interpretazione regionale e locale è spesso formalistica, molto concentrata sulle procedure – sovente farraginosa – e su questioni di rappresentatività più che di contenuto. Avviene anche, con discreta frequenza, che i processi partecipativi non vadano a buon fine non tanto per la mancanza di una buona volontà politica quanto per il fatto che questa non è sorretta da una adeguata progettazione tecnica e operativa. L'esperienza maturata con l'applicazione sistematica dell'Audit civico propone modelli operativi che – senza coprire l'insieme delle questioni aperte – si sono rivelati efficaci e replicabili.

In primo luogo, l'Audit civico è uno strumento di partecipazione in sé che apre nuovi canali di rapporto fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come dimostra il successo delle azioni di reclutamento. I bandi pubblici regionali che invitavano i cittadini a partecipare alla realizzazione dell'Audit civico hanno avuto 430 adesioni in Piemonte, 230 in Abruzzo, oltre 200 nel Lazio, 80 in Umbria, 40 in Friuli Venezia Giulia. In altri casi, come in Emilia Romagna, in Puglia, in Trentino e nella maggior parte delle realtà non assistite da una convenzione regionale, le azioni di reclutamento sono state svolte a livello locale, generalmente con successo. Complessivamente, nel corso degli anni, circa 3.000 cittadini hanno potuto partecipare attivamente alla valutazione delle aziende sanitarie.

Inoltre, le équipes locali e i gruppi regionali di coordinamento che hanno condotto le diverse applicazioni sono state non soltanto strutture tecnico-organizzative, ma anche nuove sedi di confronto a tutto campo fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come si vedrà meglio in seguito.

In secondo luogo, la realizzazione dell'Audit civico comporta la buona esecuzione di un numero alquanto elevato di operazioni che devono essere accuratamente pianificate e che richiedono una precisa ripartizione dei compiti fra i responsabili civici e i responsabili aziendali. Ciò ha richiesto, nei fatti, la costruzione di concreti modelli operativi capaci di superare il deficit sopra richiamato. La formalizzazione dei compiti del responsabile civico e del responsabile aziendale adottata dall'équipe della Asl Roma E è un

esempio estremamente interessante a questo proposito (**box 2**).

È abbastanza facile constatare come buona parte delle indicazioni sia ampiamente replicabile nell'ambito di altri processi partecipativi.

Infine, è stata positiva l'interazione con gli istituti di partecipazione già esistenti. La concretezza dei temi proposti dall'Audit civico ha offerto nuovi spazi di intervento ai Comitati consultivi misti dell'Emilia Romagna e della Puglia e alle conferenze di partecipazione del Piemonte. In varie situazioni, tale concretezza ha rivitalizzato il sistema Carta dei servizi/Conferenze dei servizi istituito dal Dpcm del maggio 1995, superando le interpretazioni formalistiche. A Trento, la ridefinizione della Carta dei servizi è stata accompagnata da un importante processo di partecipazione, dalla promozione di forme di valutazione condivisa dei processi assistenziali e tecnico-amministrativa e da un progetto di coinvolgimento sistematico del volontariato nella definizione di politiche di miglioramento (Corposanto, Passerini, 2004). In varie realtà (fra cui l'Asl 1 di Torino, l'Azienda ospedaliera Oirm Sant'Anna, le Asl di Siracusa e Caltanissetta), la discussione del rapporto locale è stata parte integrante della convocazione e della realizzazione delle Conferenze dei servizi. Le 24 aziende che hanno dichiarato di praticare la verifica annuale del rispetto degli standard hanno utilizzato molto spesso i risultati dell'Audit civico.

4.2. Impatto culturale

L'impatto culturale dell'Audit civico può essere riconosciuto in quattro ambiti: il riconoscimento della competenza civica, la condivisione di alcuni modelli cognitivi, la definizione delle omissioni, delle pietre di inciampo e delle buone prassi e, da ultimo, la formazione di un ambiente della valutazione civica.

La competenza civica e la Carta europea dei diritti del malato

Come si è già avuto occasione di affermare, l'Audit civico ha smentito concretamente le visioni riduttive che considerano i cittadini «privi delle «competenze» necessarie a

Box 2

I compiti del responsabile civico e del responsabile aziendale adottata dall'équipe della Asl RM E

Compiti del responsabile aziendale	Compiti del responsabile civico
<ul style="list-style-type: none"> ● passare da un insieme eterogeneo di persone ad un gruppo di lavoro; ● costituire il gruppo di lavoro; ● organizzare le attività; ● concordare il Piano locale; ● raccordarsi continuamente con la Direzione aziendale; ● definire il Piano di comunicazione di concerto con la Uoc Urp e Comunicazione; ● presentare il progetto e il Piano locale agli operatori delle strutture interessate; ● monitorare le modalità, i tempi e le criticità relative alle visite di audit; ● ricercare il <i>feedback</i> dagli operatori dei servizi sanitari; ● raccogliere gli strumenti di rilevazione, verificarne i dati insieme con i membri delle mini-équipe che hanno effettuato le visite, certificarne la validità insieme con il referente civico; ● inviare gli strumenti alla sede regionale di Cittadinanzattiva; ● effettuare un primo <i>report</i> dell'esperienza con descrizione dei risultati ottenuti e una descrizione e valutazione degli aspetti relativi al processo; ● condivisione, discussione e confronto del report all'interno del gruppo di lavoro; ● presentare i risultati in un primo <i>workshop</i> agli operatori che hanno partecipato all'Audit, in un secondo <i>workshop</i> a tutti gli operatori dell'Asl; ● presentare e condividere i risultati rilevati in ogni singola struttura con il responsabile in incontri specifici per l'individuazione di misure correttive e/o l'elaborazione di progetti di miglioramento; ● comunicazione contestuale di questi dati con il Comitato <i>budget</i>, per il loro inserimento all'interno della programmazione aziendale e specificatamente nel <i>budget</i> operativo; ● monitoraggio della effettiva messa in atto delle misure correttive e loro efficacia, insieme con il referente civico e con la collaborazione di tutto il gruppo di lavoro; ● mantenimento dei rapporti con la sede regionale e nazionale di Cittadinanzattiva per quanto riguarda l'esperienza dell'Audit civico realizzato nella Asl Roma E. 	<ul style="list-style-type: none"> ● rappresentare all'interno del gruppo di lavoro Cittadinanzattiva, quindi referente/punto di riferimento teorico/pratico del progetto; ● individuare i cittadini rappresentanti della parte civica; ● collaborare alla creazione del gruppo di lavoro; ● organizzare le attività insieme con il referente aziendale; ● accedere ai dati (segnalazioni) provenienti dal Tribunale per i Diritti del malato e da Cittadinanzattiva in senso più ampio, per individuare gli elementi necessari per elaborare il Piano locale; ● mantenere i collegamenti, per conto dell'équipe locale, con i responsabili regionali e nazionali del progetto di Cittadinanzattiva; ● elaborare insieme con il referente aziendale la strategia da adottare per affrontare e risolvere le diverse criticità incontrate nelle diverse fasi dell'Audit; ● monitorare l'efficacia delle azioni correttive; ● stimolare il referente aziendale a mettere in atto azioni efficaci con i servizi sanitari ed amministrativi interessati, per governare la realizzazione dei progetti di miglioramento.

occuparsi della cosa pubblica perché questa richiede saperi per essi inattingibili» (cfr. Moro 2005a, p. 37; 2005b, pp. 109-126). Sarebbe lungo e inappropriato, in questa sede, soffermarsi sugli aspetti teorici e metodologici di questo dibattito. La conferma più vistosa, infatti, viene dal successo della Carta europea dei diritti del malato proclamata nel 2002. Alla proclamazione ha fatto seguito un monitoraggio sullo stato di attuazione dei 14 diritti condotto in 14 Paesi con una metodologia ispirata all'Audit civico. Tale opera ha ottenuto, nel 2007, il primo premio del Comitato economico e sociale europeo come migliore iniziativa della società civile ed è diventata un riferimento, ha trovato riscontro in documenti ufficiali del Comitato stesso e del Parlamento europeo e ha contribuito alla decisione di emanare una direttiva europea sui servizi sanitari (Moro, 2009).

L'aggiornamento dei modelli cognitivi

Il lavoro svolto in comune dai cittadini e dagli operatori nell'ambito delle équipes locali e dei gruppi regionali di coordinamento ha favorito l'aggiornamento dei rispettivi modelli cognitivi. La definizione di linee-guida per il reclutamento e per la definizione dei piani locali, per esempio, è stata anche un'occasione per fare il punto sullo stato della comunicazione fra direzioni aziendali, operatori e cittadini. La discussione dei rapporti di valutazione e dei piani di miglioramento, con necessaria condivisione dei criteri di lettura e di valutazione dei dati, ha portato a mettere in comune un nuovo modo di vedere il servizio sanitario.

A questo proposito, l'Assr dell'Emilia Romagna ha condotto una indagine, con la somministrazione di specifici questionari a tutti i componenti, civici e aziendali, delle équipes operative locali. Secondo gli intervistati, l'Audit civico, «è risultato essere esperienza utile a:

- conoscere meglio e supportare cambiamenti organizzativi (recenti o ancora in atto);
- sviluppare sinergie virtuose con processi valutativi già in corso tra cui quello di accreditamento istituzionale;

- verificare i cambiamenti rispetto ad azioni messe in atto da precedente esperienze valutative;

- valutare una struttura alla luce di investimenti previsti;

- valutare una struttura organizzativa di recente costituzione;

- realizzare *benchmarking* tra strutture idonee a garantire omogeneità e, quindi, comparabilità» (Assr Emilia Romagna, 2009).

«Un altro aspetto che ha aiutato a far sì che la rilevazione fosse accolta con estrema disponibilità e collaborazione è stata la modalità di conduzione mista (professionisti / cittadini). Le interviste hanno rappresentato momenti significativi per apprendere e riflettere su progetti aziendali e percorsi di miglioramento e hanno prodotto un arricchimento sia dal punto di vista umano che informativo. E comunque tutte le situazioni aperte alla comunicazione (intervista ai dirigenti, discussione in gruppo dei risultati) più o meno informale sono sempre state evidenziate come momenti importanti a giudicare dalla frequenza e dalla grande partecipazione agli incontri. [...] gli strumenti utilizzati [...] sono stati in grado di rilevare le criticità aziendali e di acquisire conoscenze relativamente a strutture e servizi di cui non si hanno di solito conoscenze dirette benché siano risultati in certi casi «un po' stretti», non tenendo conto di alcuni aspetti cruciali... che, calati nella realtà regionale dell'Emilia Romagna, sono spesso assodati e dunque scontati» (Assr Emilia Romagna, 2009).

Omissioni, pietre di inciampo e buone prassi

Un manifestazione concreta dell'aggiornamento dei modelli cognitivi è stato il riconoscimento delle buone prassi da diffondere, delle pietre di inciampo da rimuovere e delle omissioni da sanzionare. La prima applicazione di questi concetti è avvenuta nel 2003 con l'analisi degli indicatori che avevano in comune il dato di conseguire lo standard in non più del 25% delle aziende.

Le «pietre d'inciampo» sono costituite da elementi alquanto eterogenei tra loro, la cui scarsa diffusione presso le aziende sanitarie pone seri problemi. In molti casi, si tratta di

provvedimenti apparentemente semplici, come la disponibilità degli opuscoli informativi per i quali è necessario comprendere quali siano gli ostacoli da superare. Confrontando le situazioni segnalate nel 2003, si constata sostanziali progressi in due ambiti: la disponibilità di stanze riservate per i malati terminali (presenti nel 62% degli ospedali) e la diffusione di elementari strumenti informativi, segnalata finora, giustamente, come dato critico, ma comunque raddoppiata. Sono rimasti inalterati, invece, gli orari di visita e l'orario di distribuzione della cena.

Due buone prassi (la presenza di unità di *risk management* e la procedura per attivare i servizi sociali del comune) sono ormai routine. Buoni progressi anche nella diffusione della *customer satisfaction* negli ospedali e nella certificazione volontaria. Restano, invece, solo buone prassi il coinvolgimento dei cittadini nella definizione degli ordini del giorno degli organismi aziendali e nella valutazione della qualità delle forniture in appalto e dei presidi (protesi, ausili, ecc.) e soprattutto, purtroppo, la formazione di valutatori / ricognitori sul dolore nel territorio.

Le omissioni consistono nel fatto che è tuttora possibile, nel servizio sanitario, sottrarsi a elementari adempimenti senza incorrere nelle dovute sanzioni. Nel 2003, era stato formulato un lungo elenco di 93 indicatori. L'ultima rilevazione segnala un generale progresso e, in 24, l'adempimento è quasi totale. Ciò rende ancora più inderogabile e pressante l'esigenza di sanzionare i ritardi ancora esistenti sempre meno giustificabili, soprattutto nella mancata eliminazione di barriere architettoniche, nella mancata istituzione della commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere o del comitato per il buon uso del sangue, o ancora nell'impossibilità della prenotazione telefonica.

Il bilancio complessivo resta, comunque, ampiamente positivo e conferma la produttività dell'aggiornamento dei modelli cognitivi.

L'ambiente dell'Audit civico

Nel precedente rapporto nazionale⁹ si è già rilevato come la diffusione dell'Audit civico fosse stata accompagnata dalla creazione di «un ambiente» di cittadini e operatori piuttosto diffuso, costituito dalle 3000 persone che

avevano partecipato alle diverse applicazioni nelle équipes locali.

Nel tempo, tale ambiente, si è arricchito di strumenti: il sito nazionale di Cittadinanzattiva dispone di uno spazio dedicato, integrato da un'area interattiva riservata ai responsabili delle équipes locali; le Aziende e gli assessorati regionali, numerose aziende sanitarie e associazioni professionali ospitano spazi per l'Audit civico nei propri siti, per un totale di 7140 segnalazioni su Google.¹⁰

Si può confermare anche l'esistenza, all'interno di tale ambiente, di una sorta di «gruppo dirigente» composto, secondo una stima prudenziale, da 100/150 persone e formato:

- dai responsabili civici locali e regionali che hanno saputo interpretare, ad alto livello, le informazioni prodotte e attivare processi innovativi di interlocuzione e di miglioramento;

- da vari professionisti, attivi soprattutto negli ambiti degli Urp e degli Uffici qualità, particolarmente attenti al rapporto con i cittadini, e dagli operatori delle Agenzie sanitarie regionali che hanno guidato i programmi regionali.

L'attività del «gruppo dirigente» ha sensibilmente migliorato e arricchito l'impianto procedurale dell'Audit civico, ha fornito gli elementi utili per la revisione della struttura di valutazione condotta a termine nel 2009, ha favorito la circolazione delle buone pratiche, ha contribuito alla definizione dei criteri di interpretazione dei dati e di individuazione delle azioni correttive.

4.3. L'interazione con le politiche regionali

L'Audit civico è stato concepito «analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie operata dai cittadini» e, quindi, come strumento essenzialmente finalizzato al miglioramento delle situazioni locali. Nel tempo, grazie alla possibilità del *benchmarking*, è stato utilizzato a livello regionale per la lettura del sistema, ma anche come sostegno a un discreto novero di politiche, come si può leggere nei successivi paragrafi.

Negli ultimi anni, la diffusione delle politiche di *empowerment* del cittadino ha creato

in nuovo campo privilegiato di valorizzazione dell'Audit civico. Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha avviato una ricerca su tale argomento, censendo le esperienze in atto presso le Regioni e le aziende sanitarie. Nella presentazione pubblica dello studio (del settembre 2009), su 19 pratiche di *empowerment* organizzativo quattro (Regione Abruzzo, Regione Friuli Venezia Giulia, Asl di Reggio Emilia, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia) erano applicazioni dell'Audit civico di Cittadinanzattiva, una quinta applicazione (Regione Umbria) è stata presentata, per questioni organizzative, nella sessione dell'*empowerment* individuale.¹¹

In tutte le applicazioni regionali, l'Audit civico è stato collegato con i processi di accreditamento, sia direttamente che come documentazione del punto di vista dei cittadini. In questa seconda accezione, è stato riconosciuto come strumento valido anche dalla *Joint Commission* incaricata dell'accreditamento delle strutture sanitarie in Lombardia.

Nel Friuli Venezia Giulia e nel Lazio, le delibere di attivazione dei programmi regionali prevedono che gli esiti siano utilizzati per la valutazione dei direttori generali, ma non danno indicazioni specifiche sulla modalità di attuazione di tale decisione.

Nel caso delle applicazioni regionali della Puglia e dell'Abruzzo, la realizzazione dell'Audit civico ha accompagnato esplicitamente due importanti politiche di adeguamento dell'organizzazione, cioè l'insediamento degli Urp nel primo caso e degli Uffici qualità nel secondo. Nell'applicazione regionale tuttora in corso in Umbria, i dati dell'Audit civico saranno utilizzati per formalizzare uno schema regionale per la redazione della terza sezione delle Carte dei servizi.

4.4. Uno strumento per il miglioramento

L'esito finale dell'Audit civico, a livello locale, è la formulazione di un piano locale di miglioramento articolato in un programma di eliminazione delle non conformità e in piano di azioni correttive. Avviene, con discreta frequenza, che i contenuti del documento siano recepiti, almeno in parte, negli atti aziendali. Meno diffusa ma significativa la prassi di utilizzare i risultati per la defini-

zione degli obiettivi dei dirigenti e per la loro valutazione.

Per comprendere meglio l'impatto concreto dell'Audit civico è stata condotta una ricognizione sulle azioni di adeguamento agli standard in 34 aziende,¹² circa un terzo delle 104 realtà che avevano completato almeno un'applicazione di Audit civico entro il 2008. Per effettuare il conteggio e, quindi, rilevare il repertorio è stato necessario, preliminarmente, definire il concetto di azione, considerando tale un intervento nel quale siano compiutamente definiti l'oggetto, gli interlocutori, le modalità operative, i responsabili e che abbia raggiunto un livello constatato di attuazione.

Nell'Audit civico la definizione delle azioni parte dalla analisi delle non conformità rilevate dall'indagine (che mediamente vanno da 10-20 nelle aziende migliori a oltre 200 circa nei casi più critici). Le équipes, quindi, concordano proposte o raccomandazioni di intervento, a distanza di alcuni mesi viene realizzato un monitoraggio di verifica.

Sono state censite circa 470 azioni di adeguamento (circa 13 per azienda) con il repertorio qui appresso indicato che riporta, per ogni fattore di valutazione, il numero delle azioni censite e la tipologia delle azioni realizzate (**box 3**). In circa 80 casi i cittadini hanno collaborato operativamente anche alla messa in atto delle azioni stesse.

In un discreto numero di realtà, l'applicazione dell'Audit civico ha innescato azioni correttive di sistema più spesso come effetto diretto – con la definizione di strategie per eliminare le non conformità rilevate e prevenire la loro riproduzione – ma anche (più raramente) con un ruolo, per così dire, «catalitico», quando, come è avvenuto a Roma E, l'équipe, anziché formulare raccomandazioni proprie, impegnava i responsabili nella analisi dei dati prodotti per la definizione delle misure da assumere.

L'Azienda che ha valorizzato più di ogni altra l'Audit civico – fondando la redazione e la verifica dei piani di miglioramento sul monitoraggio organizzato realizzato dai cittadini – è stata la Asl di Nuoro che ha ottenuto, per il programma «Involving citizens in monitoring health services», un premio europeo nella 5QC 5th *Quality Conference for public administration in EU*, tenuta a Parigi il 20-22 ottobre 2008.¹³ Tale applicazione

Box 3

Azioni di adeguamento agli standard censite nell'Audit civico 2008 in 34 aziende sanitarie

Accesso alle prestazioni sanitarie - 53 azioni

- eliminazione di barriere architettoniche
- installazione di un ecodoppler
- apertura e adeguamento di Cup e dei sistemi di prenotazione telefonica (6)
- istituzione di triage
- introduzione del registro dei ricoveri programmati presso la Direzione sanitaria
- realizzazione di parcheggi per disabili

Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - 56 azioni

- definizione di punti per la raccolta dei reclami
- realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti
- redazione e/o revisione della terza sezione della Carta dei servizi
- produzione di materiali informativi sulle possibilità e sulle modalità di inoltro dei reclami

Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie - 89 azioni

- attivazione di servizi di interpretariato e di mediazione culturale
- adeguamento degli orari dei servizi e quelli di visita
- appuntamenti con orari differenziati per le visite ambulatoriali
- istituzione di un servizio di assistenza psicologica per le donne vittime di violenza
- redazione di regolamenti per le badanti a pagamento
- assunzione di misure per favorire la privacy dei malati terminali

Informazione e comunicazione - 87 azioni

- corsi di formazione per il personale *front-office*
- realizzazione di punti di informazione nell'atrio
- realizzazione di cartellonistica esterna
- realizzazione di opuscoli informativi
- adeguamento delle bacheche delle unità operative
- possibilità di consultare referti via *web*
- affissione di cartello per la comunicazione sui criteri di attribuzione delle priorità e i tempi presumibili di attesa nel pronto soccorso
- revisione delle schede di dimissione

Comfort - prestazioni alberghiere - 40 azioni

- apertura di bar
- realizzazione di uno spaccio interno
- adeguamenti del comfort e dei servizi igienici delle unità operative e delle strutture territoriali
- realizzazione di nuove strutture
- realizzazione di bagni per disabili
- realizzazione di parcheggi per disabili

Sicurezza dei pazienti - 20 azioni

- avvio delle procedure di *risk management*
- produzione di linee guida sulle procedure di sicurezza in sala operatoria
- istituzione del Comitato per il buon uso del sangue
- programmazione di indagini periodiche sull'attuazione delle procedure

Sicurezza delle strutture e degli impianti - 35 azioni

- messa in sicurezza di sale operatorie, di unità operative e poliambulatori
- affissione delle planimetrie del piano di evacuazione nelle unità operative e nelle strutture territoriali
- revisione dei piani di evacuazione
- elaborazione di manuali e protocolli per la manutenzione delle dotazioni del Pronto soccorso

Malattie croniche e oncologia - 17 azioni

- istituzione di un reparto di oncologia
- istituzione di servizi di assistenza domiciliare per malati oncologici
- istituzione di un centro di riferimento per la Chiari-siringomelia
- coinvolgimento dei pazienti e dei parenti nella valutazione della qualità di protesi, sussidi e ausili

- attivazione di programmi di educazione (autogestione dei pazienti cronici)
- procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi

Gestione del dolore - 26 azioni

- avvio delle procedure di gestione del dolore
- corsi di formazione per il personale per la gestione del dolore
- realizzazione di protocolli per la valutazione del dolore
- diffusione di linee di comportamento per la gestione del dolore

Prevenzione - non presente nei cicli precedenti

Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti - 31 azioni

- istituzione di un Comitato etico
- istituzione di Comitati misti consultivi
- istituzione di Commissioni miste conciliative
- convocazione delle conferenze dei servizi

Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda - 28 azioni

- definizione di procedure di consultazione periodica delle organizzazioni civiche
- stipula di protocolli di intesa
- avvio di progetti di sviluppo della partecipazione

sistematica ha portato a definire i *Livelli essenziali di informazione* e i *livelli essenziali di comunicazione* che devono essere garantiti ai cittadini, creando un precedente estremamente interessante.

Un altro caso di politica sistematica, nel quale l'Audit civico ha svolto una funzione di catalizzatore, è stata la revisione della Carta dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.¹⁴ Gli standard operativi dei singoli sono stati definiti e condivisi con i cittadini con consultazioni capillari. A Parma, allo sviluppo della partecipazione civica è stato dedicato uno specifico progetto, denominato «Ponte».

A Lucca, gli esiti della rilevazione hanno prodotto una radicale revisione della medicina del dolore, con un adeguamento generale delle procedure, degli strumenti e delle stesse strutture. Interessante anche l'esperienza della Asl di Legnago dove, nel quadro di un programma generale di adeguamento agli standard, l'istituzione del registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria ha portato a una riorganizzazione delle modalità di accesso, da una gestione medico-dipendente a una gestione équipe-dipendente con effetti benefici sulle liste d'attesa.

A Montalbano Jonico, la segnalazione di un elevato numero di non conformità ha

indotto un programma generale di messa a norma, con interventi sulle Unità operative di Ortopedia, Chirurgia e Medicina e su due sale operatorie. A Bari sono stati revisionati nel 2008 e 2009 i piani di emergenza degli ospedali San Paolo (Bari), San Giacomo (Monopoli) e Iaia (Conversano).

In dieci aziende, infine, sono stati insediati gruppi di lavoro con la presenza dei cittadini che hanno proceduto alla verifica, revisione e riprogettazione degli strumenti informativi con particolare riferimento alla segnaletica interna ed esterna e agli opuscoli informativi. Negli Ospedali riuniti di Foggia, per esempio, è stato avviato il programma di adeguamento delle bacheche di reparto agli standard proposti dall'Audit civico.

5. Prospettive dell'Audit civico in sanità

Le ragioni fondanti dell'Audit civico e cioè la necessità di dare una dimensione concreta al punto di vista del cittadino, di aumentare la trasparenza del sistema e di contrastare la frammentazione del servizio sanitario conservano, dopo dieci anni dall'avvio del programma, una piena attualità.

Permane nel sistema sanitario italiano una difficoltà – segnalata da tempo dal Tribunale per i diritti del malato¹⁵ – a interpretare il

rapporto con i cittadini come una risorsa e non solo come un problema. Rischia così di essere sprecata una risorsa strategica per una efficace fruizione dei servizi, per la prevenzione dei conflitti e per lo sviluppo del sistema dei controlli, vale a dire per il governo delle questioni cruciali generalmente reputate critiche.

In linea di principio, vi è un consenso generale sulla necessità di accrescere il livello di responsabilità sui risultati (in termini di contenimento della spesa sanitaria, appropriatezza e qualità delle cure) attraverso adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione. Si ha, però, la sensazione di un ritardo e di una estrema difficoltà nel passaggio da modelli concettuali all'adozione sistematica di strumenti concreti di valutazione e comparazione delle performance a livello nazionale. In questo scenario, lo sviluppo e l'utilizzo diffuso di processi e strumenti di valutazione civica possono costituire un elemento importante per la costruzione di un sistema di valutazione integrato e concretamente orientato alla *governance*, sia a livello nazionale che delle singole Regioni.

Una conferma di questo orientamento viene peraltro dalla lettura del Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 che nel capitolo dedicato a «Monitoraggio appropriatezza e uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza» attribuisce particolare rilevanza alla partecipazione degli utenti, considerati «*i principali interessati al buon funzionamento del SSN*» e, come tali, «*compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso*». ¹⁶ In particolare, il documento individua nell'Audit civico uno dei tre strumenti (unitamente alle analisi della *customer satisfaction* e al coinvolgimento attivo del volontariato) di partecipazione diretta degli utenti alla valutazione dei LEA, ed è significativo che l'Audit civico sia considerato lo strumento con il quale «*le organizzazioni civiche e di volontariato promuovono la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende Sanitarie e possono cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza*».

Quindi, si riconosce all'Audit civico un ruolo non solo di verifica del rispetto di adeguati livelli di assistenza e di servizio ai cittadini, ma anche e soprattutto una funzione di supporto alla programmazione, ai diversi livelli decisionali del sistema e all'intero ciclo di gestione della performance delle organizzazioni sanitarie.

Ed è in questa prospettiva che si colloca, probabilmente, la sfida maggiore per la partecipazione dei cittadini alla valutazione delle politiche e dei servizi sanitari, quella di favorire una reale integrazione tra i processi di valutazione e quelli di programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e delle singole aziende sanitarie.

Il rischio, infatti, è quello di mantenere un'attività di analisi e valutazione che, pur nella legittimazione della sua utilità generale, stenta a inserirsi strutturalmente nei gangli decisionali e nei processi gestionali delle aziende sanitarie italiane. In altri termini, occorre che l'Audit civico sia realmente percepito e «utilizzato» dalle Regioni e dalle aziende sanitarie nei loro differenti ambiti decisionali (amministratori, manager, professionisti) come uno strumento di riferimento per condividere piani di miglioramento dei servizi con i reali fruitori degli stessi. Le indicazioni derivanti dalle prime anticipazioni del nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 sembrano confortare tale orientamento come indirizzo generale per il futuro.

D'altronde, i risultati che emergono dai rapporti annuali dell'Audit civico e da una loro attenta lettura, secondo differenti prospettive (rispetto degli Ias, *benchmarking* tra Regioni, *benchmarking* tra aziende all'interno della stessa Regione), consentono di individuare campi di intervento particolarmente significativi utili per orientare le scelte e le priorità per i decisori.

Ad esempio, l'ultimo rapporto Audit civico 2009¹⁷ ha individuato quattro campi di intervento particolarmente significativi: lo sviluppo dell'*empowerment* nel modello della cronicità, la costruzione dei livelli essenziali di informazione e di comunicazione nel territorio, la gestione dei conflitti, la costruzione dei sistemi di trasparenza e di controllo.

L'*empowerment* dei malati cronici, inteso come sviluppo della capacità di conoscere e gestire la propria malattia, ha dato finora ottimi risultati e deve essere generalizzato.

Deve essere accompagnato da un analogo *empowerment* nei confronti dell'organizzazione dei servizi. Nel caso delle cronicità, i pazienti e le loro famiglie maturano, anche in questo campo, competenze che possono essere messe a frutto anche per una gestione più efficace dei percorsi di cura e di riabilitazione, migliorando la tutela dei diritti e riducendo gli sprechi.

La definizione dei Livelli essenziali di informazione e di comunicazione deve essere intesa come una azione propedeutica allo sviluppo dei sistemi di cure primarie. Con grande concretezza e con grande attenzione alle esperienze migliori devono essere affrontati vari problemi, come:

- la precisazione delle informazioni che devono essere messe facilmente a disposizione nei distretti, anche con l'utilizzazione di strumenti informatici (per esempio postazione connesse con il sito aziendale);
- la possibilità di fare viaggiare le informazioni nei sistemi informatici prima di obbligare le persone (utenti ma anche operatori) a spostarsi solo per ritirare o recapitare carte;
- la costruzione di protocolli operativi che garantiscano la comunicazione fra i medici curanti;
- la comunicazione ai malati e alle famiglie.

In questo caso, la strada da percorrere potrebbe essere quella di sperimentare, nelle realtà più avanzate, un confronto organizzato fra i responsabili aziendali, i professionisti, i cittadini per la definizione e la sperimentazione degli standard e delle procedure da adottare.

Per quanto concerne la gestione dei conflitti, l'analisi del contenzioso in sede giurisdizionale è stata, in tempi recenti, oggetto di numerosi studi e convegni¹⁸ e ha messo in evidenza che, molto spesso, i conflitti stessi sono generati, o quanto meno favoriti, da difetti di comunicazione. La legge 28/2010 prefigura un sistema più snello di trattazione dei casi con procedure conciliative, ma non interviene nella prevenzione.

Una ripresa intelligente dell'esperienza delle Commissioni miste conciliative (eventualmente con diverso nome per evitare confusioni), invece, potrebbe intercettare il con-

tenzioso nelle fasi iniziali e prevenire l'accesso alle sedi giurisdizionali. Naturalmente bisogna pensare a forme snelle di funzionamento, capaci di agire in modo efficace ma leggero anche con la microconflittualità che si genera negli uffici, negli ambulatori e nei servizi. Favorire l'attività di segnalazione e di reclamo, con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche può essere un modo, tutto sommato, molto semplice per migliorare la qualità dei servizi.

La costruzione dei piani per la trasparenza, previsti dal D.L.vo 150/2009, può essere l'occasione per dare impulso a due azioni strategiche. La prima è lo sviluppo dei sistemi di integrazione fra valutazione civica e indagini di soddisfazione, che rendano sistematica la rappresentazione del punto di vista nel cittadino nella definizione e nella verifica degli esiti e degli obiettivi. La seconda riguarda il coinvolgimento degli utenti e dei cittadini in operazioni come la verifica della qualità di protesi e di ausili o del rispetto dei capitolati di appalto di servizi. Questa prassi è già presente nel 20% delle aziende e può essere analizzata e diffusa. L'intervento civico porterebbe trasparenza in un'area cruciale nella quale gli sprechi e i fenomeni corruttivi sono spesso presenti.

In ultima analisi, l'Audit civico costituisce uno strumento valutativo che non si limita a individuare un elenco di disfunzioni e criticità del Servizio sanitario nazionale da consegnare ai decisori perché «provvedano ad adeguarsi» a determinati standard di servizi, ma essenzialmente una metodologia condivisa di analisi del reale funzionamento dei servizi e delle aziende attraverso cui delineare un programma articolato di assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti interessati, inclusi gli stessi cittadini, per accrescere la capacità di risposta del sistema ai bisogni della comunità e, talvolta, rendere più efficace anche la cosiddetta «lotta agli sprechi».

Un cittadino attivo, motivato a destinare tempo ed energie alla valutazione e al miglioramento dei servizi sanitari, ma al tempo stesso consapevole della complessità dei processi assistenziali e della pluralità di dimensioni che contribuiscono a generare un'offerta di qualità (accessibilità, informazione, comfort, sicurezza, ecc.), è un interlocutore prezioso per quelle amministrazioni

che intendano realmente costruire un sistema sanitario virtuoso e responsabile.

Integrare la «voce» dei cittadini in questo sistema è un'esigenza sempre più imprescindibile per lo sviluppo del Servizio sanitario, in una prospettiva di responsabilità e partecipazione, tanto più in momenti di crisi che impongono decisioni difficili e pongono la necessità di individuare con chiarezza obiettivi prioritari e strategie realmente perseguibili.

In tal senso, l'Audit civico è uno strumento che incanala questa voce all'interno di una metodologia strutturata, che intende pertanto fornire ai decisori e a tutti gli attori del sistema dati e informazioni significativi, rilevati attraverso un percorso rigoroso e condiviso da persone appositamente formate, e che si traducono pertanto in una conoscenza utile e utilizzabile. La stessa metodologia, peraltro, deve essere ed è già stata oggetto di ulteriori modifiche e miglioramenti, per essere resa sempre più solida e rispondente alle reali esigenze di conoscenza.

D'altronde, nessuno strumento di valutazione del sistema sanitario può essere considerato valido di per sé, ma solo in funzione del reale utilizzo da parte dei soggetti che in quel sistema operano, e dell'impatto della conoscenza prodotta sui loro comportamenti, sul sistema di relazioni di cui fanno parte e, in ultima analisi, sui livelli di performance del sistema stesso. Anche i cittadini, quindi, possono dare un duplice contributo, sia dal punto di vista della produzione di informazioni sulle criticità e le aree di miglioramento del sistema, sia dal punto di vista della condivisione delle possibili soluzioni e dei percorsi per attuarle.

Note

1. Cittadinanzattiva è una organizzazione non governativa fondata nel 1978 con il nome di Movimento federativo democratico che opera nell'ambito della tutela dei diritti dei cittadini e della promozione della partecipazione civica. È presente su tutto il territorio nazionale con circa 300 sedi. Per la tutela del diritto alla salute ha fondato, nel 1980, il Tribunale per i diritti del malato. Nel 2001, ha istituito il *network Active citizenship* (ACN) con l'adesione di 70 organizzazioni civiche di 30 paesi membri o candidati dell'Unione europea. ACN nel 2002 ha elaborato la Carta europea dei diritti del malato, provvedendo negli anni successivi al regolare monitoraggio della sua applicazione in 15 paesi membri dell'Unione europea.
2. Il rapporto conclusivo dell'Audit civico 2009 può essere scaricato da www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico/rapporti-nazionali-audit-civico.html.
3. Un esempio particolarmente rilevante è il programma sviluppato dall'Agenzia sanitaria del Veneto in collaborazione con il Picker Institute, www.arssveneto.it/html_pages/qualita.php?idm=58-.
4. Per una trattazione più completa degli aspetti metodologici si rimanda a Lamanna, Terzi (2005).
5. La versione qui descritta è stata aggiornata nel 2008 sulla base dell'esperienza maturata nei cicli precedenti da Alessandro Lamanna, con la collaborazione di Michela Liberti e Rosapaola Metastasio e il contributo di un gruppo tecnico costituito da Andrea Gardini, Gabriele Calizzani, Anna Vittori, Sara Baruzzo, Rosanna Cerri, Carolina Devardo e Giorgio Simon. La nuova articolazione è stata validata da un Comitato paritetico con Giovanni Nicoletti e Alessandro Ghirardini in rappresentanza del Ministero della salute e la consulenza di Piera Poletti.
6. Le fonti utilizzate per il riconoscimento degli standard sono state le raccomandazioni delle istituzioni internazionali le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei servizi, la Carte dei diritti del malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.
7. La restituzione dei questionari è ancora incompleta, ma le informazioni sono interessanti e congruenti con quelle delle altre rilevazioni.
8. Si ringraziano in particolare il dott. Alessandro Bazoni della Asl Roma E e il responsabile civico per la Asl Roma E Lilla De Roberto.
9. Cittadinanzattiva – I cittadini valutano le aziende sanitarie – rapporto nazionale dell'Audit civico 2005/2006 - p. 72, www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/attivita/audit_civico/RapportiDocumenti/RapportiNazionali/rapporto_audit_civico_2005.pdf.
10. Rilevazione del 12 maggio 2010.
11. www.assr.it/primo_piano/In_corsia_cittadino.pdf.
12. Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Azienda ospedaliera CTO - CRF - Maria Adelaide di Torino, Azienda ospedaliera di Caserta, Policlinico di Palermo, Azienda ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Azienda ospedali riuniti di Bergamo, Azienda ospedali riuniti di Foggia, Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, Istituto tumori di Genova, Policlinico di Tor Vergata, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Enna, Nuoro, Latina, Legnago, Lucca, Montalbano Jonico, Roma A, Roma B, Roma C, Roma G, Roma E, Salerno, Napoli 2, Parma, Piacenza, Cesena, Torino 1 e Torino 4, Teramo, Bari (fusione di 4 aziende che avevano aderito al ciclo regionale 2007), Brindisi, Lecce (fusione di 2 aziende che avevano aderito al ciclo regionale 2007), Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.
13. www.5qualiconference.eu/bp.php?l=2&bp=286&p=18&c=1&t=0&k=-.
14. Il processo è dettagliatamente descritto in Corposanto, Passerini (2004).
15. Cfr. in particolare la *Comunicazione del Tribunale*

- per i diritti del malato al Congresso nazionale di Cittadinanzattiva - Roccella Jonica, ottobre 2006, paper.
16. Comunicazione del Ministro Fazio alla Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1252_allegato.pdf.
 17. Il Rapporto è stato presentato il 10 giugno 2010 in un seminario tenutosi presso la Sala della biblioteca del Cnel con la partecipazione del Ministro della salute. Per i Rapporti dell'Audit civico dal 2001 in poi si rinvia all'indirizzo www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico.html.
 18. Il tradizionale Forum sul *risk management* di Arezzo è l'espressione più organizzata e completa di una attività ampiamente diffusa.

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

- ALTIERI L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- ASSR EMILIA ROMAGNA (2009), *La sperimentazione dell'Audit civico in Emilia Romagna: riflessioni e prospettive*, Dossier n. 180, Bologna.
- BOBBIO L. (a cura di) (2004), *A più voci*, Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica, Edizioni scientifiche italiane, Roma.
- CINOTTI R., CIPOLLA C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Franco Angeli, Milano.
- CORPOSANTO C., PASSERINI A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi: l'esperienza della Aps di Trento*, Franco Angeli, Milano.
- LAMANNA A., TERZI A. (2005), «La valutazione civica della qualità e delle sicurezza nelle strutture sanitarie (i programmi "Audit civico" e "Ospedale sicuro")» in G. Banchieri (a cura di) *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Italtromo, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1996), *Come definire e utilizzare gli standard di qualità - Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari*.
- MORO G. (1998), *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005a), *Azione civica*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005b), «Citizens' Evaluation of Public Participation», in J. Caddy (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris, pp. 109-126.
- MORO G. (2008), «Cittadini e pubblica amministrazione», in E. Borghonovi, G. Rusconi (a cura), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Franco Angeli, Milano.
- MORO G. (2009), *Cittadini in europa*, Carocci, Roma.
- PETRANGOLINI T., MORO G. (1987), «Il governo scalzo della salute», *Democrazia diretta*, n. 4-5.
- PETRANGOLINI T. (2007), *Salute e diritti dei cittadini*, Baldini Castoldi e Dalai, Roma.
- TANESE A., NEGRO G., GRAMIGNA A. (2003), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Cantieri Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.

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

Remo Arduini

ECONOMIA E GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 28,00, PP. 336 - ISBN: 9788856822533

I sistemi sanitari attuali sono organizzazioni complesse caratterizzate dalla multidimensionalità e nelle quali i modelli gestionali di tipo tradizionale rispondono solo parzialmente alle esigenze degli stakeholder. L'eterogeneità degli attori, i processi produttivi dalle caratteristiche tecnologiche, organizzative e relazionali profondamente diverse, la duplice dimensione, economica e sociale, degli obiettivi strategici, il ruolo dello Stato, attraverso regolamentazione, finanziamento pubblico, interventi di controllo e assetti istituzionali, tutto ciò gioca un ruolo determinante. La prima parte del volume tratta questioni relative all'intervento pubblico in sanità, analizzando la domanda e l'offerta di servizi sanitari, la valutazione economica in sanità, le determinanti della domanda di prestazioni sanitarie e il ruolo di gatekeeper svolto dal medico di base. La seconda è incentrata sul processo di aziendalizzazione della sanità, sulle funzioni aziendali tradizionali e su quelle riguardanti la gestione strategica, il governo clinico, i processi di innovazione. La terza parte raccoglie considerazioni sulla privatizzazione delle aziende sanitarie e su problemi aperti quali l'erogazione di prestazioni inappropriate, i comportamenti opportunistici da parte di fornitori di servizi, la discriminazione della domanda, l'accentuata differenziazione delle diverse realtà regionali. Chiudono il testo alcune proposte per il completamento del processo di aziendalizzazione e per una maggiore efficienza e trasparenza nella gestione dell'azienda sanitaria, attraverso la limitazione dell'ingerenza politica nelle decisioni aziendali.

INDICE PREFAZIONE, DI ALDO SPRANZI - INTRODUZIONE - PARTE I. ELEMENTI DI ECONOMIA SANITARIA - CAPITOLO 1. I SISTEMI SANITARI - 1.1. LA SALUTE E LA SANITÀ; L'INTERVENTO PUBBLICO - 1.2. LA NORMATIVA NAZIONALE - 1.3. IL SSN; I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) - 1.4. LA SUSSIDIARIETÀ E IL WELFARE STATE - 1.5. LA REGIONALIZZAZIONE DELLA SANITÀ - CAPITOLO 2. IL FEDERALISMO FISCALE E SANITARIO - 2.1. LA SPESA SANITARIA E IL SUO FINANZIAMENTO: RINVIO; IL FEDERALISMO FISCALE NELLA SANITÀ ITALIANA - 2.2. IL PATTO DI STABILITÀ INTERNO (PSI) - 2.3. L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA A SEGUITO DEI PROVVEDIMENTI ASSUNTI - CAPITOLO 3. LA DOMANDA E L'OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI - 3.1. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE - 3.2. IL RAPPORTO DI AGENZIA - 3.3. L'OUTPUT E I PROCESSI IN SANITÀ - 3.4. INPUT, OUTPUT E OUTCOME - 3.5. L'EFFICIENZA E L'EFFICACIA - 3.6. CONCORRENZA E INCENTIVI IN SANITÀ - 3.7. LE PRIORITÀ ED EQUITÀ IN SANITÀ - CAPITOLO 4. LA VALUTAZIONE ECONOMICA IN SANITÀ - 4.1. I FONDAMENTI DELLA VALUTAZIONE ECONOMICA - 4.2. LA VALUTAZIONE ECONOMICA DEGLI INTERVENTI SANITARI - 4.3. LA MEDICINA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA (EBM) - 4.4. IL MERCATO DEL FARMACO. I FARMACI GENERICI - 4.5. LA COMPOSIZIONE, LA DINAMICA E LE POLITICHE DI CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA - 4.6. LE TENDENZE DELLA SANITÀ NEL FUTURO - 4.7. UN'ANALISI COMPARATA DEI PRINCIPALI SISTEMI SANITARI EUROPEI - 5. APPENDICE. BUDGET PERSONALI E SERVIZI AUTOGESTITI, DI CHARLES LEADBEATER, JAMIE BARTLETT, NIAMH GALLAGHER - 5.1. È LA PARTECIPAZIONE, BELLEZZA - 5.2. IL TRIANGOLO DELL'INNOVAZIONE PUBBLICA - 5.3. IL MODELLO AUTOGESTITO - 5.4. UN VALORE PERSONALE - 5.5. LE SFIDE E I RISCHI - 5.6. IL TRASFERIMENTO SU VASTA SCALA - 5.7. I BUDGET PERSONALI NEI SERVIZI PUBBLICI - 5.8. POLITICHE DI PARTECIPAZIONE - PARTE II. LE AZIENDE SANITARIE - CAPITOLO 6. L'AZIENDALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE - 6.1. IL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA - 6.2. LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 6.3. IL SETTORE SANITARIO PRIVATO - 6.4. LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE - 6.5. L'ACCREDITAMENTO DEGLI EROGATORI - 6.6. LA MEDICINA GENERALE E LA GESTIONE DELLE CURE PRIMARIE - 6.7. APPENDICE. DECRETO LEGISLATIVO 16 OTTOBRE 2003, N. 288 - CAPITOLO 7. LE FUNZIONI AZIENDALI

- 7.1. LA GESTIONE STRATEGICA- 7.2. IL GOVERNO CLINICO - 7.3. I PROCESSI DI INNOVAZIONE E L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) - 7.4. DAL CONTROLLO DI GESTIONE ALLA BALANCED SCORECARD (BSC) - 7.5. LA QUALITÀ - 7.6. IL MARKETING E LA COMUNICAZIONE - 7.7. GLI ACQUISTI CENTRALIZZATI - 7.8. LA FINANZA DI PROGETTO - 7.9. LA GESTIONE DELLE RISORSE - PARTE III. LINEAMENTI DI POLITICA SANITARIA - CAPITOLO 8. IL FUTURO DELL'AZIENDALIZZAZIONE - 8.1. LE MACRO-TENDENZE - 8.2. LE QUESTIONI ANCORA APERTE - 8.3. IL COMPLETAMENTO DEL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE - GLOSSARIO

Marco R. di Tommaso, Daniele Paci, Lauro Rubini (a cura di)

L'INDUSTRIA DELLA SALUTE

FRANCOANGELI, MILANO, 2009, € 34,00, PP. 272 - ISBN: 9788856826500

In anni di crisi economica, incertezza e repentini cambiamenti strutturali, la definizione di linee strategiche di politica per lo sviluppo industriale è da considerarsi una priorità per tutti i Paesi che si confrontano nell'arena globale. In tale quadro questo libro si concentra su «l'industria della salute» nella convinzione che si tratti di un comparto produttivo strategico per l'Italia e non solo di una fonte di costi da contenere. I contributi inclusi nel volume affrontano in questa prospettiva alcuni temi di particolare rilevanza: il rapporto tra ricerca e industria, la globalizzazione della R&S, la relazione tra salute e sviluppo economico, la mobilità internazionale dei pazienti, alcune importanti dinamiche del mercato farmaceutico e dei settori ad altissima tecnologia nel life-science come le biotecnologie e la genomica.

INDICE PRESENTAZIONE, DI P. BIANCHI - INTRODUZIONE, DI M.R. DI TOMMASO, D. PACI, L. RUBINI - 1. PERCORSI DI SVILUPPO PER L'INDUSTRIA ITALIANA. PUÒ «THE HEALTH INDUSTRY» CONTRIBUIRE AL CAMBIAMENTO?, DI M.R. DI TOMMASO, S.O. SCHWEITZER - 2. L'INDUSTRIA DELLA SALUTE. RIFLESSIONI PER LA POLITICA INDUSTRIALE IN ITALIA, DI M.R. DI TOMMASO, D. PACI - 3. LE POLITICHE PER IL SETTORE «SCIENZE DELLA VITA E BIOTECNOLOGIE» AL CUORE DELLA NUOVA POLITICA INDUSTRIALE, DI S. LABORY - 4. SUL RAPPORTO FRA SALUTE E CRESCITA ECONOMICA, DI D. PACI - 5. SVILUPPO E SALUTE. L'IMPORTANZA DELL' «APPRENDIMENTO RELAZIONALE» NEI SETTORI DELLE SCIENZE DELLA VITA, DI L. RUBINI - 6. STRATEGIE E PERFORMANCE NEL MERCATO FARMACEUTICO ITALIANO. UN'ANALISI EMPIRICA, DI F.S. MENNINI, L. GITTO, M. RATTI, F. SPANDONARO - 7. HEALTHCARE BIOTECH INDUSTRY: LINEE IDENTIFICATIVE DI UN NUOVO SETTORE E DEGLI INDICATORI PER LE ANALISI DI POLITICA INDUSTRIALE. UNA PRIMA INDAGINE SULLA REALTÀ ITALIANA, DI R. D'AMORE, M.P. VITTORIA - 8. RELAZIONI TRA IMPRESE E UNIVERSITÀ NEL BIOTECH-SALUTE DELL'EMILIA ROMAGNA. UNA VALUTAZIONE SULLA BASE DELLA CO-AUTHORSHIP DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE, DI R. IORIO, S. LABORY, D. PACI - 9. LA RICERCA GENETICA IN EMILIA ROMAGNA E IL CASO DEL PVGEN, DI L. RUBINI - 10. GLOBALIZZAZIONE ED ESPORTAZIONE DI SERVIZI SANITARI: IL CRESCENTE FENOMENO DEL TURISMO MEDICO-SANITARIO, DI D. PACI, S.O. SCHWEITZER - 11. LA «SCIENZA GLOBALIZZATA»: IL RUOLO DELLE RELAZIONI INTERNAZIONALI NELLA RICERCA, DI L. RUBINI

Nicola Falcitelli, Tommaso Langiano, Marco Trabucchi (a cura di)

I DRG IN ITALIA: UN SUCCESSO O UNA OCCASIONE MANCATA?

IL MULINO, BOLOGNA, 2010, € 17,60, PP. 280 - ISBN: 9788815137296

Negli anni '90 sono state introdotte le innovazioni più rilevanti del Servizio sanitario nazionale: l'aziendalizzazione, la contabilità economica, la valorizzazione delle prestazioni a tariffa. Dopo due pubblicazioni dedicate a quest'ultimo argomento, la Fondazione Smith Kline ritorna a studiare il sistema di finanziamento per Drg, che ha segnato una svolta rilevante non tanto per gli aspetti strettamente economico-finanziari, quanto piuttosto per le conseguenze che ha determinato sull'organizzazione dell'ospedale. I Drg hanno innescato una vera e propria rivoluzione culturale, modificando o, comunque, offrendo nuove prospettive per l'applicazione delle cure e per le modalità di erogazione delle stesse. Il sistema ha suscitato grandi polemiche fin dalla sua introduzione: guardato agli inizi con sospetto soprattutto dalla classe medica, ne sono stati il più delle volte enfatizzati gli aspetti negativi e oscurati, invece, i contributi positivi che esso ha portato nel definire in termini clinici ed economici il «prodotto» dell'ospedale. Il volume, ritenendo difficile pensare che si possa abbandonare il

sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero a Drg, propone una riflessione su alcune prospettive che aiutino a superare quelle criticità che hanno, a volte, rivelato fenomeni eclatanti.

INDICE PARTE PRIMA. LO SCENARIO - 1.1. L'EVOLUZIONE DEI DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG). DAI LORO ESORDI NELLA TEORIA DEL CASE MIX E NELLA TEORIA DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE ALLA LORO IMPLEMENTAZIONE PER LA REMUNERAZIONE FINO ALL'ATTUALE UTILIZZO PER LA DEFINIZIONE DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO ED ALL'ESTERNO DELL'OSPEDALE, DI *NORBERT GOLDFIELD* - 1.2. L'INTRODUZIONE DEL SISTEMA DRG IN ITALIA: MOTIVAZIONI DI ORDINE POLITICO E ORGANIZZATIVO, DI *NICOLA FALCITELLI* - 1.3. IL SISTEMA DRG APPLICATO IN ITALIA E I RELATIVI SISTEMI DI CONTROLLO, DI *NICOLA FALCITELLI* E *TOMMASO LANGIANO* - 1.4. I DRG E LA REGIONALIZZAZIONE, DI *ALDO ANCONA* - PARTE SECONDA. GLI EFFETTI - 2.1. GLI EFFETTI DEL SISTEMA DRG SULL'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE OSPEDALIERA, DI *CESARE CATANANTI* E *ANDREA CAMBIERI* - 2.2. GLI EFFETTI DEL SISTEMA DRG SUL COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI MEDICI, DI *GINO TOSOLINI* - 2.3. IL VISSUTO DEI MEDICI OSPEDALIERI DOPO L'INTRODUZIONE DEI DRG, DI *GIOVANNI MATHIEU* - 2.4. GLI EFFETTI DEL SISTEMA DRG SULL'AREA INFERMIERISTICA E TECNICA, DI *ALESSANDRO SIGNORINI*, *ENRICO ZAMPEDRI* E *RENZO ROZZINI* - 2.5. GLI EFFETTI DEL SISTEMA DRG NELLE ASPETTATIVE E NELLE VALUTAZIONI DEI CITTADINI, DI *ANTONIO GAUDIOSO* E *ANGELO TANESE* - PARTE TERZA. L'EVOLUZIONE - 3.1. LA METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEI COSTI DI PRODUZIONE, DI *CARLA BRUSCO* E *TOMMASO LANGIANO* - 3.2. LA MANUTENZIONE DEL SISTEMA, DI *PAOLO DI LORETO* E *OMBRETTA CHECCONI* - 3.3. LE AREE CRITICHE: LA NUOVA CLASSIFICAZIONE PEDIATRICA, LA RIABILITAZIONE, GLI ANZIANI, LE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE, DI *ENRICO BRIZIOLI*, *CARLA BRUSCO*, *MARINA CERBO* E *TOMMASO LANGIANO* - 3.4. LE STRATEGIE VERSO IL FUTURO, DI *ALDO ANCONA* - 3.5. IL PROGETTO DEL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI PER LO SVILUPPO DI UN NUOVO SISTEMA DI MISURAZIONE E VALORIZZAZIONE DEI PRODOTTI DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, DI *FILIPPO PALUMBO*

Fondazione Farmafactoring

IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE. RAPPORTO 2009

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 16,00, PP. 144 - ISBN: 9788856824254

Giunto alla sua terza edizione, il Rapporto 2009 della Fondazione Farmafactoring sul Sistema Sanitario in controluce, prodotto grazie alla collaborazione tra Fondazione Farmafactoring, Censis, Cergas-Bocconi e Cer-Nib, continua nella sua opera di individuazione di spunti interpretativi originali e di analisi sulla realtà sanitaria del nostro Paese, e in particolare sugli aspetti gestionali, finanziari e di rapporto tra settore pubblico e settore privato. In questa edizione sono forniti dati inediti sulle principali criticità e anomalie che caratterizzano le catene di comando della aziende sanitarie italiane, i comportamenti virtuosi sul piano della programmazione e dell'allocazione delle risorse, il modo in cui si configurano i processi decisionali e gestionali all'interno di contesti sanitari in forte difficoltà finanziaria, le modalità operative delle figure professionali che in essi operano, e le strategie adottate per risolvere le criticità in atto, con l'obiettivo di individuare elementi di caratterizzazione e differenziazione tra i diversi sistemi di offerta. Sono illustrati i dati risultanti dalle analisi condotte sull'impatto delle manovre di contenimento della spesa pubblica, sulla situazione economica e sociale delle famiglie italiane, con particolare attenzione per le fasce di povertà, assoluta e relativa, per le famiglie numerose, e per quelle con particolari stati di necessità. E, in ultimo, viene approfondito l'impatto che le politiche di regolazione delle risorse in sanità e i vari rimedi adottati per far fronte alle criticità hanno avuto sull'andamento complessivo del sistema di offerta, in particolare sul rapporto tra pubblico e privato, ad esempio dal punto di vista della ridefinizione della rete di offerta, puntando a comprendere in che modo i Piani di rientro impattino sulla quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie offerte a livello locale e sul rapporto tra pubblico e privato.

INDICE INTRODUZIONE, DI *GIUSEPPE DE RITA* - PARTE I. UN'ANALISI MULTIDIMENSIONALE DELLA SANITÀ ITALIANA - CAPITOLO 1. UN SISTEMA A PIÙ FACCE - CAPITOLO 2. LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA - 2.1. GLI ASSENTI ISTITUZIONALI - 2.2. LE STRUTTURE DI OFFERTA - 2.3. I LIVELLI DI ATTIVITÀ - CAPITOLO 3. VINCOLI DI FINANZA PUBBLICA E DEFICIT SANITARI REGIONALI - 3.1. LA SITUAZIONE DELLA FINANZA PUBBLICA E LE SUE PROSPETTIVE - 3.2. LA MANOVRA DI FINANZA PUBBLICA: ASPETTI GENERALI E CONSEGUENZE PREVISTE - 3.3. GLI EVENTI SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 3.4. LA SPESA SANITARIA E I RISULTATI DI ESERCIZIO DEL SSN: LE STIME ECONOMETRICHE - 3.5. LE SIMULAZIONI DI BREVE PERIODO - 3.6. LE SIMULAZIONI DI LUNGO PERIODO - CAPITOLO 4. DOVE VA LA SANITÀ ITALIANA

- 4.1. LA QUALITÀ DELLA SANITÀ ITALIANA: DOMANDA E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI - 4.2. IL BAROMETRO DELLE AZIENDE SANITARIE - PARTE II. GLI APPROFONDIMENTI - CAPITOLO 5. SPESA SANITARIA PUBBLICA ED EFFETTI SULLE FAMIGLIE - 5.1. PAREGGIO DI BILANCIO, SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA DEL SISTEMA E SPESA SANITARIA PRIVATA - 5.2. LA RELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA E GLI EFFETTI SULLE FAMIGLIE - CAPITOLO 6. IL SISTEMA DI OFFERTA PUBBLICO E PRIVATO NELL'AMBITO DEI PIANI DI RIENTRO - 6.1. INTRODUZIONE - 6.2. I PRINCIPALI RISULTATI - 6.3. CONCLUSIONI - CAPITOLO 7. PROCESSI DECISIONALI IN UNA SANITÀ REGIONALIZZATA: IL PUNTO DI VISTA DEI DIRETTORI GENERALI - 7.1. INTRODUZIONE - 7.2. IL BACKGROUND FORMATIVO E PROFESSIONALE - 7.3. DECIDERE NELLA SOVRANITÀ LIMITATA: IL PESO DELLA POLITICA IN SANITÀ - 7.4. INNOVAZIONE, MA A COSTO ZERO - 7.5. LE CRITICITÀ - 7.6. LE PROPOSTE PER MIGLIORARE L'OFFERTA SANITARIA - 7.7. IL CASO DELLE REGIONI CON PIANI DI RIENTRO - 7.8. CONCLUSIONI

Gavino Maciocco, Piero Salvadori, Paolo Tedeschi

**LE SFIDE DELLA SANITÀ AMERICANA. LA RIFORMA DI OBAMA.
LE INNOVAZIONI DI KAISER PERMANENTE**

IL PENSIERO SCIENTIFICO, TORINO, 2010, € 14,00, PP. 167 - ISBN: 9788849003260

Il libro cerca di offrire ai lettori la descrizione chiara e sintetica delle principali caratteristiche del sistema sanitario americano, proponendo la cornice storico-politica della sua evoluzione e dando conto dell'importante svolta che la riforma rappresenta. Da segnalare anche l'attenzione che il volume dedica a un'organizzazione sanitaria unica nel panorama della sanità americana, poco nota in Italia, anche se attiva ormai da più di cinquanta anni: Kaiser Permanente, un modello da conoscere e studiare, che interesserà tutti quelli che ricercano le soluzioni migliori per rendere l'assistenza sanitaria più funzionale, più efficace, più «centrata» sul paziente.

INDICE PARTE PRIMA. IL SISTEMA SANITARIO AMERICANO E LA RIFORMA DI OBAMA - PREMESSA - 1. LE RIFORME INCREMENTALI DEL SISTEMA SANITARIO AMERICANO: GLI OTTO ATTI, DI GAVINO MACIOCCO - 2. GLI EFFETTI DELLE POLITICHE LIBERISTE, DI GAVINO MACIOCCO - 3. PERCHÉ LA SANITÀ AMERICANA È COSÌ CARA?, DI GAVINO MACIOCCO - 4. LE ASSICURAZIONI SANITARIE, DI GAVINO MACIOCCO - 5. LE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE, DI GAVINO MACIOCCO - 6. PERCHÉ È COSÌ DIFFICILE FARE LA RIFORMA SANITARIA NEGLI STATI UNITI, DI GAVINO MACIOCCO - 7. NEL FRATTEMPO QUALCOSA SI È MOSSO: IL CASO MASSACHUSETTS, DI GAVINO MACIOCCO - 8. IL NONO ATTO DELLE RIFORME INCREMENTALI. LA RIFORMA DI BARACK OBAMA, DI GAVINO MACIOCCO - PARTE SECONDA. KAISER PERMANENTE, L'ALTRA FACCIA DELLA SANITÀ AMERICANA - PREMESSA - 1. ALLA SCOPERTA DI KAISER PERMANENTE, DI GAVINO MACIOCCO - 2. SIDNEY GARFIELD E KAISER PERMANENTE: UNA STORIA AMERICANA, DI GAVINO MACIOCCO - 3. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI KAISER PERMANENTE, DI GAVINO MACIOCCO, ANTONIO SCONOSCIUTO - 4. RISORSE UMANE E LAVORO MULTIDISCIPLINARE, DI PAOLO TEDESCHI - 5. LA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE, DI ELISA SCOPETANI - 6. HEALTH CONNECT. L'INFORMATION TECHNOLOGY AL SERVIZIO DEI PAZIENTI, DI PIERO SALVADORI - 7. LA GESTIONE DEI FARMACI, DI PIERO SALVADORI - 8. IL PERCORSO DI CURE DI HENRY SMITH, DI PIERO SALVADORI - 9. NAVIGARE VERSO UN FUTURO SOSTENIBILE, DI PAOLO TEDESCHI

Fabrizio Tediosi, Amelia Compagni

ANALISI DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA IN ITALIA

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 12,00, PP. 112 - ISBN: 9788856824230

I modelli di finanziamento e di valutazione sono fondamentali per lo sviluppo di una ricerca sanitaria avanzata, efficiente e rispondente ai bisogni reali dei sistemi sanitari moderni. Questo studio analizza il sistema di finanziamento e di valutazione della ricerca sanitaria in Italia, esplorando in particolare i modelli adottati dal Ministero della salute e il finanziamento della ricerca svolta da strutture sanitarie quali gli Irccs. L'analisi, inoltre, confronta l'Italia con altri tre Paesi, Inghilterra, Germania e Francia, che pur nelle diversità mostrano come i sistemi di finanziamento e valutazione della ricerca sanitaria siano attualmente prioritari nelle politiche pubbliche, e soggetti a continue revisioni e aggiustamenti.

INDICE EXECUTIVE SUMMARY - INTRODUZIONE - OBIETTIVI E METODI DELLO STUDIO - CAPITOLO 1. FONTI DI FINANZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA IN ITALIA ED ENTI RICEVENTI - CAPITOLO 2. LA RICERCA SANITARIA FINANZIATA DAL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI - 2.1. IL TREND DEL FINANZIAMENTO DELLA RICERCA

CORRENTE E FINALIZZATA DEGLI ULTIMI ANNI - 2.2. L'ALLOCAZIONE DEI FINANZIAMENTI PER LA RICERCA CORRENTE E FINALIZZATA - 2.3. LA GOVERNANCE DELLA RICERCA SANITARIA FINANZIATA DEL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI - 2.4. LA RICERCA CORRENTE - 2.5. LA RICERCA FINALIZZATA - CAPITOLO 3. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO PUBBLICO DELLA RICERCA SANITARIA IN ALCUNI PAESI EUROPEI - 3.1. IL CASO INGLESE: DAL FINANZIAMENTO SU BASE STORICA A QUELLO A PROGRAMMA - 3.2. IL CASO TEDESCO: L'INESTRICABILE CONNUBIO IN RICERCA FRA UNIVERSITÀ E STRUTTURE SANITARIE 3.3. IL CASO FRANCESE: IL TENTATIVO DI INTEGRAZIONE DI NUMEROSI ATTORI PUBBLICI A LIVELLO NAZIONALE E LOCALE - CONCLUSIONI - ALLEGATO. INTERVISTE EFFETTUATE

Costo dell'abbonamento per l'anno 2010: € 320,00

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 2010 è fissato in:

€ 320,00 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 2010 per l'estero è fissato come segue: € 320,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 420,00, 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)	€ 300,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 300,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 300,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 300,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 300,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 300,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 300,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 300,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 300,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 320,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 320,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 320,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 320,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 320,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.726,00, anziché € 5.560,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

VECCHI V., HELLOWELL M., LONGO F.

Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships?

Public Money and Management, 2010, 30(2), pp. 125-132

MITTLER J.N., LANDON B.E., FISHER E.S., CLAERY P.D., ZAVLAVSKY A.M.

Market variations in intensity of Medicare service use and beneficiary experiences in care

Health Services Research, 2010, 45(3), pp. 647-669

PERRY A., KOCAKÜLÄH

The impact of BPO on cost reduction in mid-sized health care systems

Journal of Health Care Finance, 2010, 36(3), pp. 47-56

BARTHOLOMÉE Y., MAARSE H.

Municipal governments' role in averting access problems associated with market reform

Journal of Health Services Research, 2010, 15(1), pp. 36-40

BERENSON RA, GINSBURG P.B., KEMPER N.

Unchecked provider clout in California foreshadows challenges to health reform

Health Affairs, 2010, 29(4), pp. 699-705

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

CROCE D., RESTELLI U., PORAZZI E., FOGLIA E., BONFANTI P., MELZI S., COEN M., ORLANDO G., GUERRA R., RIZZARDINI G.

L'approccio patient-based nella determinazione dei comportamenti e dei costi sanitari diretti pubblici

Sanità Pubblica e Privata, 2010, (2), pp. 75-85

REILLY R.F.

Intangible asset valuation, damages, and transfer price analyses in the health care industry

Journal of Health Care Finance, 2010, 36(3), pp. 24-33

KOOPMANSCHAP M.A., STOLK E.A., KOOLMAN X.

Dear policy maker: Have you made up your mind? A discrete choice experiment among policy makers and other health professionals

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(2), pp. 198-204

ALSHAMSAN R., MEJEED A., ASWORTH M., CAR J., MILLETT C.

Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review

Journal of Health Services Research & Policy, 2010, 15(3), pp. 178-184

ECONOMIA DEL FARMACO

JOMMI C.

Biosimilari: aspetti economici e prospettive per il mercato italiano

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2010, 12(1), pp. 17-31

KEMP A., ROUGHHEAD E., PREEN D., GLOVER J., SEMMENS J.

Determinants of self-reported medicine underuse due to cost: a comparison of seven countries

Journal of Health Services Research & Policy, 2010, 15(2), pp. 106-114

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

MORONE J.A.

Presidents and health reform: from Franklin D. Roosevelt to Barack Obama

Health Affairs, 2010, 29(6), pp. 1096-1100

GRUNDY J.

Country-level governance of global health initiative: an evaluation of immunization coordination mechanisms in five countries of Asia

Health policy and planning, 2010, 25(3), pp. 186-196

GRUSKIN S., BOGECHO D., FERGUSON L.

«Rights-based approaches» to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment

Journal of Public Health Policy, 2010, (2), pp. 129-145

STAHL T.P.

Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments

European Journal of Public Health, 2010, 20(2), pp. 176-181

LOURENCO T., GRANT A., BURR J., VALE L.

Local decision-makers view's of national guidance on interventional procedures in the UK

Journal of Health Services Research & Policy, 2010, 15(suppl.2), pp. 3-11

DIXON A., STOREY J., ROSETE A.A.

Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors

Journal of Health Services Research & Policy, 2010, 15(2), pp. 82-89

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

BOSA I.M.

Ethical budgets: a critical success factor in implementing new public management accountability in health care

Health Services Management Research, 2010, 23(2), pp. 76-83

HAUNUSAIK N., O'LOUGHLIN J., KISHCHUK N., PARADIS G., CAMERON R.

Organizational capacity for chronic disease prevention: A survey of Canadian public health organizations

European Journal of Public Health, 2010, 20(2), pp. 195-201

GILMOUR S.J.

Identification of hospital catchment areas using clustering: an example from the NHS

Health Services Research, 2010, 45(2), pp. 497-513

CHREIM S., WILLIAMS B.E., JANZ L., DASTMALCHIAN A.

Change agency in a primary health care context: the case of distributed leadership

Health Care Management Review, 2010, 35(2), pp. 187-199

DEVINE K., KLOPPENBORG T.J., O'CLOCK P.

Project measurement and success: a balance score card approach

Journal of Health care Finance, 2010, 36(4), pp. 38-50

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

BUNTIN M.B., JAIN S.H., BLUMENTHAL D.

Health Information Technology: laying the infrastructure for national health reform

Health Affairs, 2010, 29(6), pp. 1214-1219

MAIORINO C., MESSINA G., GIORDANO A., NANTE N.

La cartella clinica elettronica e il sistema informativo dell'A.O. «D. Cotugno» di Napoli

Organizzazione Sanitaria 2010, 34(1-2) fascicolo monografico

EASTAUGH S.T.

Hospital productivity and information technology

Journal of Health Care Finance 2010, 36(4), pp. 27-38

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

MINNITI D., GROSSO M., MUROTTI S., BEUX A., RICAUDA N.A., TIBALDI V., CAMMAROTA T., DAVINI O.

Radhome: la radiologia domiciliare come driver di sviluppo della sanità digitale in ambito territoriale

Sanità Pubblica e Privata, 2010, (2), pp. 96-104

WHITTEN P., HOLTZ B., NGUYEN L.

Keys to a successful and sustainable telemedicine program

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(2), pp. 211-216

MCCOLLOUGH J.S., CASEY M., MOSCOVICE I., PRASAD S.

The effect of health information technology on quality in US Hospitals

Health Affairs, 2010, 29(4), pp. 647-654

POON E.G., WRIGHT A., SIMON S.R., JENTER C.A., KAUSHAL R., VOLK L.A., CLEARY P.D., SINGER J.A., TUMOLO A.Z., BATES D.W.

Relationship between use of electronic health record features and health care quality

Medical Care, 2010, 48(3), pp. 203-209

VALUTAZIONI ECONOMICHE

PURMONEN T.T., AUVINEN P.K., MARTIKAINEN J.A.

Budget impact analysis of trastuzumab in early breast cancer: A hospital district perspective

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(2), pp. 163-169

SMITH R.D., SACH T.H.

Contingent valuation: what needs to be done?

Health Economics, Policy and Law, 2010, 5(1), pp. 91-111

LEE D.W., NEUMANN P.J., RIZZO J.A.

Understanding the medical and nonmedical value of diagnostic testing

Value in Health, 2010, 13(2), pp. 310-314