

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIX – N. 75 LUGLIO-SETTEMBRE 2010

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Campanello d'allarme per il modello aziendale
Laboratorio FIASO «Governance»

SAGGI

- 9** Identità aziendale e scelte strategiche: un modello interpretativo per la gestione delle aziende sanitarie private. Il caso del Centro Diagnostico Italiano
Giovanni Aguzzi, Mario Del Vecchio, Giuseppe Fraizzoli, Federico Lega
- 23** La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità
Denita Cepiku, Anna Conte, Antonella D'Adamo
- 43** La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze internazionali a confronto
Marta Marsilio, Stefania Mele

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 65** I costi delle prestazioni lungodegenziali: determinazione delle aree di risultato e profili di economicità
Francesca Lecci, Marco Morelli
- 77** Le indagini di soddisfazione del paziente come strumento di governance nelle aziende sanitarie
Roberta Bellini, Gianni Bonelli, Nicola Giorgione
- 89** La «sfida» della documentazione clinica: l'esperienza dell'Ospedale regionale di Locarno
Angela Greco, Giovanni Rabito
- 103** La gestione delle tecnologie biomediche presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: utilizzo di indicatori di processo
P.P. Ferretti, P. Bottazzi, F. Soncini, D. Gallo, M.E. Costa, G. Mazzi
- 119** La razionalizzazione del sistema di offerta ospedaliera: Apa e Pac. Il caso dell'Asl Roma B
M.G. Rizzo, F. Degrassi, A. D'Urso, P. Longo, M. Piccini, G. Spunticchia

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 133** Novità bibliografiche
- 137** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia

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 fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, 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.

Campanello d'allarme per il modello aziendale

LABORATORIO FIASO «GOVERNANCE» (*)

Le considerazioni che seguono sono uno dei risultati di un Laboratorio promosso dalla Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, laboratorio che ha visto come protagonisti un gruppo di direttori generali di aziende sanitarie pubbliche. In un percorso di ragionamento, che è partito dalle trasformazioni in atto nel settore sanitario e dai riflessi che i cambiamenti in essere producono su prospettive e modalità di funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche, i partecipanti si sono trovati ad affrontare il tema dell'azienda e dei suoi effettivi spazi di azione all'interno del sistema sanitario o, meglio, dei diversi sistemi sanitari regionali. La discussione, che è ancora in corso e che troverà una sua sintesi in una prossima pubblicazione, ha assunto come punto di riferimento una domanda relativamente semplice: il modello aziendale come concettualizzazione e rappresentazione di una realtà esistente (dimensione positiva) e principio ispiratore dei meccanismi e dei comportamenti (dimensione normativa) è – e in che misura e sotto quali condizioni – ancora valido? In altri termini, ci si chiede se è ancora possibile utilizzare il concetto di azienda, con tutte le sue premesse e conseguenze, per descrivere e interpretare la realtà effettiva delle organizzazioni sanitarie pubbliche.

La domanda suona chiaramente come un allarme rispetto al deteriorarsi di alcune condizioni che hanno fin qui sorretto un modello che, se è sicuramente migliorabile sul piano delle concettualizzazioni e delle concrete realizzazioni, non pare avere alternative, a meno di non voler immaginare un drastico ridimensionamento del perimetro delle scelte collettive insieme a un ritorno di logiche burocratiche in chiave tecnocratica. Considerato il ruolo che Mecosan ha avuto e ha nella costruzione e nella diffusione della cultura aziendale nella sanità del nostro Paese, riteniamo importante condividere con i lettori le ragioni e i termini del nostro allarme per avviare una riflessione collettiva su un tema fondamentale per il futuro del servizio sanitario nazionale.

Per cogliere appieno il senso della domanda è opportuna una breve premessa prima di dare uno sguardo a ciò che è avvenuto negli ultimi due decenni.

Alla base di ogni e qualunque interpretazione che, del modello aziendale può essere offerta, resta il binomio inscindibile rappresentato da autonomia e responsabilità in relazione al perseguimento dei fini. Autonomia e responsabilità sono, infatti, le condizioni per cui l'azienda può realizzare la sua missione, che è quella di rappresentare uno (per alcuni lo) strumento per la realizzazione di fini istituzionalmente definiti.

È bene non sottovalutare alcuni elementi di complessità che connotano tale costruzione concettuale:

– l'autonomia, essendo lo spazio di azione possibile per il conseguimento dei fini, è condizione fondativa della responsabilità;

(*) Al Laboratorio FIASO «Governance», supportato da Eli Lilly Italia, hanno sinora partecipato: Valerio Fabio Alberti, Massimo Annichiarico, Gabriele Bellini, Franco Bonanni, Davide Cafiero, Leonardo Cardosi, Tiziano Carradori, Stefano Del Missier, Mario Del Vecchio, Walter G. Locatelli, Luigi Marroni, Mariella Martini, Giovanni Monchiero, Elena Rebor, Francesco Ripa di Meana, Lorenzo Terranova, Piero Tosi.

– la responsabilità, implica l'esistenza di un qualunque meccanismo legittimato di giudizio sul grado di raggiungimento dei fini e sull'adeguatezza dei comportamenti posti in essere a tale scopo (responsabilizzazione), la responsabilità alimenta l'autonomia legittimandola e, nel lungo periodo, ne rappresenta una condizione indispensabile (se ogni risultato e/o comportamento è accettato senza alcun giudizio/conseguenza, l'autonomia scade nel puro e semplice esercizio del potere, senza alcuna relazione con i fini, e, come tale, sottoposto a dinamiche proprie e specifiche);

– autonomia e responsabilità non sono definite solo da condizioni esogene (di sistema), ma si realizzano concretamente in un equilibrio raggiunto tra regole e meccanismi di sistema, da una parte, e capacità effettive delle aziende di agire nelle condizioni date, dall'altra, da questo punto di vista le dinamiche possono mostrare fenomeni cumulativi (una diminuzione negli spazi di autonomia e nelle condizioni di responsabilità offerti dal sistema possono minare le capacità aziendali e causare una diminuzione più che proporzionale e dinamica degli spazi di autonomia effettiva).

La fase ascendente del modello aziendale

Il modello aziendale trova una sua legittimazione istituzionale negli anni '90 con una riforma che ha segnato un processo definito, non a caso, nel linguaggio comune come aziendalizzazione. Il modello aziendale non è, comunque, riducibile alla sola, seppur importante, dimensione istituzionale che «prescrive» autonomia e responsabilità, individuando – anche simbolicamente e in aperta rottura col passato – nel Direttore generale e nel suo potere monocratico gli elementi che sanciscono la piena «aziendalità» dell'assetto. Altri elementi vanno considerati.

Un punto di una certa rilevanza è il consolidamento di un assetto istituzionale relativamente semplice, nel quale il perseguimento da parte di ogni azienda dei propri specifici interessi viene considerato condizione necessaria e sufficiente per il perseguimento degli obiettivi di sistema e, quindi, ampiamente legittimato.

Sul piano operativo, dei meccanismi di finanziamento (almeno quelli dichiarati), l'assetto istituzionale trova un contraltare nell'adesione pressoché generalizzata (nelle diverse esperienze cambiano solo i tassi di traduzione operativa) ai principi e alle logiche del quasi-mercato (quota capitaria e the money follows the patient). Le aziende si confrontano quindi, in linea di principio, con un insieme di regole impersonali (vs. discrezionalità politico-amministrativa) che implicano l'esercizio di una «autonomia imprenditoriale» (vs meccanismi command and control) in chiave latamente competitiva e che, soprattutto, rafforzano il ruolo della dimensione economico-finanziaria come dimensione espressiva dei risultati complessivi di azienda (l'equilibrio di bilancio riflette la capacità di buona parte dell'azienda di trattenerne e attrarre pazienti).

Almeno in teoria esistono tutte le condizioni per la concreta attuazione dei principi di autonomia e responsabilità.

Gli elementi appena richiamati si inseriscono, poi, in un quadro più generale di:

- riforme dell'intero settore pubblico inserite nel paradigma del new public management (rimozione dei vincoli normativi come, ad esempio, sul personale o sulle procedure di acquisto);
- elevata legittimazione dell'approccio manageriale (e conseguenti attese) e acuta debolezza (sul piano della legittimazione a governare) della politica;
- strumenti e meccanismi di responsabilizzazione regionale in fase di avvio.

Al di là dei disegni dichiarati e di una diffusa terminologia aziendalistica (da non sottovalutare in quanto espressione di una costruzione sociale condivisa dai diversi attori),

rimane da stabilire quanto del modello aziendale si sia concretamente realizzato, cercando di tenere concettualmente separati i due piani interconnessi: a) delle condizioni offerte dal sistema nei suoi diversi meccanismi (spazi potenziali di autonomia e apprezzamento dei risultati) e b) della capacità delle aziende di agire negli spazi offerti assumendosene le responsabilità.

In relazione ai due piani citati, una visione più critica o, per alcuni, più realistica potrebbe rispettivamente sottolineare come:

a) l'effetto combinato degli aggiustamenti dei criteri di finanziamento in «corso d'opera» e di un ripiano, inevitabile, ma non sempre trasparente, dei deficit abbia indebolito l'accountability delle aziende e del suo management rispetto alla dimensione economico-finanziaria (una discussione a parte meriterebbe il tema correlato delle caratteristiche tecniche dei metodi di rappresentazione contabile);

b) la diffusione e il consolidamento della cultura e degli strumenti aziendali non siano stati, come minimo, un fenomeno così generalizzato, in molti casi, rispetto al precedente approccio burocratico, e la trasformazione in senso manageriale delle organizzazioni sanitarie pubbliche si sia ridotta a un fenomeno prevalentemente terminologico (isomorfismo difensivo) che non ha consentito alle aziende di sfruttare pienamente gli spazi potenziali di autonomia, né, tantomeno, di aprirne di nuovi.

Le nuove esigenze dei sistemi

In una fase successiva, da circa un decennio, molti degli elementi che avevano caratterizzato la fase precedente e che – pur tenendo conto dei fattori di debolezza e criticità appena segnalati – avevano creato un ambiente favorevole all'affermarsi del modello aziendale iniziano a mutare di segno.

Nell'arco del decennio considerato, i disegni istituzionali e i meccanismi hanno virato dall'autarchia, dalla competizione, dai meccanismi automatici e impersonali alla cooperazione, al coordinamento, all'intervento discrezionalmente orientato. Si diffonde la percezione che i costi della competizione (es. duplicazioni) non sono più completamente giustificati dai guadagni attesi in termini di efficienza e responsabilizzazione. In altre parole, prevale l'idea che i fini trovino le migliori condizioni di realizzazione a livello di sistema e a quel livello debbano essere prevalentemente perseguiti, anche sacrificando quella che nel periodo precedente pareva essere la razionalità aziendale. Gli assetti istituzionali diventano più complessi (livelli intermedi, cooperazioni formalizzate tra aziende, ...), aprendo sì nuove opportunità di azione, ma producendo come minimo:

– una restrizione degli spazi di azione potenziali per il rafforzamento delle esigenze e dei meccanismi di coordinamento tra le aziende;

– una maggiore difficoltà nei processi di responsabilizzazione che scontano contorni meno definiti nelle missioni affidate e un ancoraggio meno solido rispetto alla dimensione economico-finanziaria (es. centralizzazione dei processi di acquisto).

Anche in questo caso il quadro generale nel quale tali dinamiche hanno luogo non rappresenta un elemento secondario.

La legittimazione del modello aziendale inizia a indebolirsi, venendo ascritta al modello – a torto o ragione – la colpa di non avere raggiunto gli obiettivi promessi (vagheggiati), e di utilizzare in maniera distorta, o non utilizzare affatto, le autonomie concesse (es. questione del pubblico impiego).

La pressione sulle risorse cresce costantemente, rendendo sempre più complesso l'esercizio dell'autonomia nell'area più sfruttata poiché richiede livelli minori di capacità e competenze aziendali: quella della espansione dei servizi.

Le necessità di coordinamento dei processi tecnico-produttivi iniziano a travalicare in maniera significativa le dimensioni aziendali (reti cliniche) e la stessa definizione della zona che dovrebbe essere controllata e di cui rispondere (i confini aziendali) diventa, quindi, più incerta.

Il modello aziendale in discussione

Fino ad anni recenti, né le debolezze, le criticità e le incertezze nell'adozione del modello aziendale, né il progressivo restringersi delle opportunità offerte dall'ambiente avevano messo sostanzialmente in discussione l'applicabilità e l'utilità del modello aziendale. Si avverte ora, sempre più, l'affiorare di una vera e propria discontinuità, il raggiungimento di una soglia nello scarto che separa il paradigma che abbiamo comunemente adottato dalle condizioni prevalenti di vita e gestione delle aziende.

L'elemento di fondo che sorregge tale percezione è la forma assunta dall'aumento delle pressioni dell'ambiente nei confronti delle aziende. È importante sottolineare che non si tratta qui dell'intensità delle pressioni esercitate: le aziende, anche quelle pubbliche, non esistono soltanto in condizione di espansione e crescita. Ciò che può mettere in discussione la possibilità di essere una azienda sono, oltre alle evoluzioni precedentemente segnalate, due fattori in parte correlati:

– la subordinazione spesso richiesta di ogni e qualunque forma di razionalità aziendale (le scelte che dovrebbero trovare un riferimento nella «duratura capacità di raggiungimento dei fini», per usare una locuzione accademica) alle strategie di finanza pubblica adottate dai livelli istituzionali sovraordinati, quando queste, per come sono formulate e adottate, ignorano le ragioni della razionalità economica incarnate nell'azienda; il rischio è di produrre danni non risarcibili alla possibilità che la stessa possa continuare ad essere lo strumento per il perseguimento dei fini;

– il ritorno a forme invasive di controllo esterno, in parte giustificate dalle incapacità percepite di porre in essere comportamenti coerenti con i fini, forme di controllo che, da una parte, delegittimano l'approccio aziendale (nonostante la terminologia in alcuni casi utilizzata) e, dall'altra, limitano l'autonomia al punto da rendere scarsamente credibile una responsabilizzazione sui risultati conseguiti.

Bisogna, infine, riflettere su come le risposte alle pressioni e alle sfide che i sistemi si trovano ad affrontare vengano spesso cercate in ridisegni istituzionali che tendono a ignorare la dimensione aziendale, a partire da elementi quali le competenze manageriali necessarie per il funzionamento di certi disegni istituzionali o il ruolo che la difficile costruzione di identità aziendali sufficientemente definite e consolidate gioca nelle capacità dell'azienda di perseguire i propri fini.

Da dove ripartire

Se gli spunti forniti sono, anche almeno in parte, condivisibili, il tema proposto – se il modello aziendale è ancora, al tempo stesso, una adeguata rappresentazione/interpretazione della realtà e un paradigma di riferimento per l'azione – perde i connotati di una esercitazione accademica e presenta le sue ragioni di urgenza. In questa prospettiva non si tratta tanto di costruire una diagnosi, ma, a partire da quella, di testare la validità di un modello, spesso superficialmente accolto, e di individuare possibili linee di intervento.

Dovremo riuscire a riflettere collettivamente sulla natura e le dimensioni dello scarto oggi percepibile tra modello aziendale e reale funzionamento delle aziende in rapporto al sistema, capire quali possano essere gli spazi e le condizioni offerte per l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità aziendale, interrogarci se esistono e quali siano possibili alternative al modello aziendale, individuare le direzioni e i punti di intervento possibili perché le aziende

sanitarie pubbliche possano rappresentare, o continuare a rappresentare, lo strumento per il perseguimento di fini collettivi di primaria importanza per la vita dei cittadini.

Nel provare a formulare alcune risposte, non sarà irrilevante il giudizio sulla possibilità o meno che i sistemi siano in grado di disegnare e sostenere adeguati meccanismi di orientamento delle aziende (priorità) e conseguente apprezzamento dei risultati. Come già segnalato in apertura del presente contributo, non è possibile, infatti, immaginare un modello aziendale in assenza di «un meccanismo [sufficientemente] legittimato di giudizio sul grado di raggiungimento dei fini e sull'adeguatezza dei comportamenti posti in essere a tale scopo». Le basi di legittimazione potranno essere differenti, così come i soggetti chiamati a intervenire e le conseguenze che dall'apprezzamento delle differenze potranno essere generate, ma il tema rimane difficilmente eludibile.

In questo senso, l'obiettivo che richiede maggiore e più urgente attenzione è quello relativo al perseguimento, da parte dei sistemi regionali, di un ragionevole grado di misurabilità dell'equilibrio economico, misurabilità che può scaturire solo da politiche sufficientemente stabili ed esplicite di allocazione delle risorse e sistemi di rilevazione in grado di resistere alle sempre presenti tentazioni di risolvere i problemi della finanza pubblica attraverso artifici contabili. La pluralità delle dimensioni rispetto alle quali i risultati di una azienda pubblica e, in particolare, i risultati di una azienda pubblica sanitaria possono essere apprezzati non deve, infatti, far dimenticare che solo una solida base di razionalità e di governo economico può consentire all'azienda di essere lo strumento per perseguire un insieme complesso di finalità.

Recentemente il Governatore della Banca d'Italia ha detto: «Dobbiamo tornare a ragionare sulle scelte strategiche collettive, con una visione lunga. Cultura, conoscenza, spirito innovativo sono i volani che proiettano nel futuro. La sfida, oggi e nei prossimi anni, è creare un ambiente istituzionale e normativo, un contesto civile, che coltivino quei valori, al tempo stesso rafforzando la coesione sociale».

Siamo convinti che l'azienda, in quanto luogo di promozione ed esercizio, della responsabilità, rappresenti un elemento insostituibile dell'ambiente istituzionale di cui il Governatore parla ed è per questo che dobbiamo difenderla.

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**.

Identità aziendale e scelte strategiche: un modello interpretativo per la gestione delle aziende sanitarie private. Il caso del Centro Diagnostico Italiano

GIOVANNI AGUZZI, MARIO DEL VECCHIO, GIUSEPPE FRAIZZOLI, FEDERICO LEGA

A conceptual framework for private outpatient clinics is here represented, exploring well-consolidated theories in Business Administration academia: organizational identity as opposed to strategic identity, and the consequent strategic «posture» of an organization in a certain environment. The case study, CDI-Centro Diagnostico Italiano, the Italian leader in private outpatient clinics market, is evaluated. It is concluded that, although for a single observation only, a strong and durable strategic posture relies upon a clear strategic identity, that fosters and builds up time after time a coherent organizational identity reflecting members' inner values and principles.

Keywords: outpatient clinic, organizational and strategic identity, strategic posture

Parole chiave: sanità ambulatoriale, identità aziendale e strategica, posizionamento strategico

Note sugli autori

Giovanni Aguzzi, CDI - Centro Diagnostico Italiano S.p.A.

Mario Del Vecchio, CERGAS-SDA-Bocconi - Università di Firenze

Giuseppe Fraizzoli, CDI - Centro Diagnostico Italiano S.p.A.

Federico Lega, CERGAS-SDA-Bocconi

1. Introduzione

La recessione economica del 2007 ha colpito anche il mondo della sanità, non tanto sul fronte del bisogno di salute, quanto su quello delle risorse disponibili per soddisfarli. Meno risorse tendenziali nel sistema non possono che significare una progressiva contrazione dell'offerta di servizi, sia pubblici che privati; d'altra parte, la domanda in sanità non manca, anzi, è destinata a crescere per effetto dell'aumento dei bisogni legati all'invecchiamento progressivo della popolazione, alla continua disponibilità di servizi e tecnologie innovative che innescano i bisogni latenti (*supplier induced demand*) e della maggior disponibilità di informazioni, sul *web* ad esempio, che generano una nuova domanda: ci troviamo di fronte a un evidente disequilibrio di sistema, ora e nel futuro (Borgonovi, 2008; Del Vecchio, 2008).

In questo momento più che mai è necessario studiare e agire sul sistema sanitario italiano, proponendo, da una parte, teorie concrete su come gestire i servizi sanitari in modo efficiente e, dall'altra, individuare soluzioni pratiche che possano alla lunga preservare la stabilità dei principi alla base del nostro ormai quarantennale Servizio sanitario nazionale – senza doverne necessariamente «scartare» alcuni elementi a causa della scarsità delle risorse a disposizione per il sistema.

Nella ricerca di tali soluzioni, volendo anche limitare l'ambito del presente testo, un ruolo fondamentale è giocato dal segmento

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La metodologia della ricerca
3. Il caso del Centro Diagnostico Italiano
4. Discussione e conclusioni

privato della sanità, inteso sia come finanziamento privato (si pensi al ticket, all'*out-of-pocket*, ai fondi di categoria, alle assicurazioni e agli enti mutui), sia come erogazione di prestazioni sanitarie da parte di una struttura di proprietà privata. Per maggiore chiarezza espositiva si precisa che, nella presente analisi, con la nozione di «privato» si intende solamente la seconda definizione, ovvero la natura privata della proprietà dell'erogatore di prestazioni – ogni altra interpretazione, qualora diversa, sarà ivi specificata.

Una parte rilevante di tale segmento privato è rappresentata dal settore delle cure ambulatoriali sul territorio: queste pesano complessivamente per circa il 20% della spesa sanitaria totale, circa 25 miliardi di euro (Armeni, 2009).

Tale segmento di mercato privato è assai peculiare, meno garantito, più difficile e complesso di quello ospedaliero, a fronte di un settore pubblico che cresce di efficienza e che migliora i propri sistemi di regolazione. Tuttavia, probabilmente, è l'unico in sanità che consente alle aziende che vi operano una grande varietà di opzioni, di spazio e di autonomia strategica, richiedendone un chiaro posizionamento strategico.

In questo contesto di riferimento, si introduce un modello interpretativo a partire da consolidate teorie appartenenti alla tradizione dell'Economia aziendale, non necessariamente applicate all'ambito sanitario:

(i) la teoria dell'*identità aziendale (organizational identity)*, ovvero l'interpretazione degli elementi centrali, distintivi e duraturi che i membri di un'organizzazione hanno di essa (Gioia, 1998; Whetten, Godfrey, 1998; Ravasi, 2004; Lerpold, Ravasi 2007);

(ii) il concetto di *orientamento strategico di fondo (strategic identity)*, qui richiamato come l'insieme delle interpretazioni specifiche del gruppo dirigente, indipendentemente dalla loro eventuale condivisione da parte del resto dell'organizzazione (Coda, 1988, 1991);

(iii) la *formula o impostazione imprenditoriale*, intesa come una particolare configurazione strategica dell'azienda, dunque una sua «postura» o «posizionamento strategico», rispetto all'ambiente di riferimento, prendendo atto sia della specificità delle competenze interne, sia delle caratteristiche

del contesto, sia delle leggi economiche e comportamentali che governano quel determinato settore (Ansoff, 1968; Coda 1988; Mintzberg, 1994; Ducan, Ginter, Swayne, 1995; Dematté, 2002).

L'obiettivo primario qui discusso è se questa lente teorica di interpretazione della sanità privata ambulatoriale sia in grado di contribuire a individuare alcuni elementi che spiegano verosimilmente l'evoluzione storica del successo o del fallimento di una certa azienda sanitaria. In particolare, operativizzando la domanda di ricerca, si vuole testare l'ipotesi di fondo secondo cui la coerenza tra identità aziendale, orientamento strategico di fondo e posizionamento strategico possa essere un elemento fondamentale per l'economicità e per il successo duraturo di una azienda sanitaria.

Per verificare tale ipotesi si è scelto di studiare l'impresa *leader* operante nel mondo della sanità ambulatoriale privata, il Centro Diagnostico Italiano, mediante un *case study*. L'analisi si è focalizzata nella ricerca, in 35 anni di storia, in occasione del trentacinquesimo anniversario dalla sua nascita (13 marzo 1975 - 13 marzo 2010), delle ragioni, filtrate attraverso l'impianto teorico ivi elaborato, che hanno permesso al Centro di perdurare in condizioni di globale economicità in oltre tre lustri di storia.

2. La metodologia della ricerca

2.1. Il modello teorico di riferimento

L'identità aziendale è definita come l'insieme dei caratteri e degli attributi di un'impresa che i suoi membri considerano *centrali, distintivi e duraturi* di un'azienda. Albert e Whetten (1985) mutuano il concetto di identità dagli studi di psicologia e ne propongono un'interpretazione applicata alle organizzazioni, descrivendo inizialmente l'identità aziendale (*organizational identity*) come una definizione che soddisfa tre criteri fondamentali:

– il criterio della *centralità* – ovvero della capacità di questa definizione di esprimere l'essenza dell'organizzazione, i suoi fini e i suoi mezzi fondamentali;

– il criterio della *distintività*, che esprime la dimensione relazionale e sociale dell'identità – ovvero la capacità di distinguere l'organizzazione da altre rispetto alle quali quest'ultima possa essere confrontata;

– il criterio della *continuità* – ovvero della capacità di segnalare una certa continuità nel corso del tempo, di collegare l'organizzazione con il suo passato e presumibilmente anche il suo futuro.

In altre parole, nella formulazione originale di Albert e Whetten, l'identità di un'organizzazione è costituita da una definizione degli elementi centrali, distintivi e duraturi della stessa, così ritenuti dai suoi membri.

Vi sono quattro prospettive fondamentali adottate dalla maggior parte degli studi sull'identità: (i) un approccio essenzialista, (ii) un approccio funzionalista, (iii) un approccio interpretativo e, infine, (iv) un approccio postmoderno. Questi differiscono in relazione alla crescente sfiducia nella possibilità di identificare un insieme univoco, unitario e relativamente stabile di elementi che possiamo definire in modo oggettivo come «identità» di un'organizzazione (Ravasi, 2004).¹ Se escludiamo i due estremi – l'approccio essenzialista e quello postmoderno – le posizioni di chi adotta una prospettiva interpretativa o funzionalista non appaiono inconciliabili. Partendo da premesse concettuali diverse, ma non in aperta contrapposizione, i due approcci concentrano la loro attenzione su aspetti diversi dello stesso fenomeno: gli uni sulle interpretazioni condivise dell'essenza dell'organizzazione da parte dei propri membri (i.e. *shared beliefs* o *understandings*), gli altri sulla manifestazione di queste ultime in affermazioni categoriche ufficiali (i.e. *institutional claims*). Queste sono percepite e accettate come tali dai membri dell'organizzazione che le sostengono e danno loro seguito nelle interazioni quotidiane. In questo lavoro è adottata una concezione che recepisce e combina le osservazioni dei due approcci citati.

Un concetto affine a quello di identità aziendale e sviluppato nell'ambito della tradizione economica aziendale italiana, che merita un'attenzione particolare per rilevanza e durevole capacità esplicativa di fenomeni attuali, è quello di *orientamento strategico di fondo* (Coda, 1988). Le analogie tra

l'orientamento strategico di fondo e l'identità aziendale sono molte. Di fatto, l'autore definisce l'orientamento strategico di fondo come: «[...] l'identità “profonda” [di un'impresa], la parte nascosta e invisibile del suo disegno strategico, che sta al di sotto delle scelte concrete esplicitatesi nel profilo strategico visibile.» (Coda, 1988, p. 25).

Coda (ivi) caratterizza ulteriormente il concetto, sostenendo che «[...] È anche importante sottolineare quanto questa realtà sia, da un lato, nascosta, impalpabile e non esplicita e, dall'altro, profondamente radicata negli attori chiave dell'impresa che ne consentono la manifestazione mediante le scelte, i comportamenti strategici e operativi». Il concetto di orientamento strategico di fondo, dunque, si discosta da quello di identità aziendale, in quanto il primo appare circoscritto agli schemi interpretativi del *top management*, mentre il secondo si applica alla generalità dei membri dell'organizzazione, colmando, di fatto, un vuoto nella letteratura anglosassone, provocato proprio dall'assenza di un costrutto che definisca le interpretazioni specifiche del gruppo dirigente, indipendentemente dalla loro eventuale condivisione da parte del resto dell'organizzazione. Si parla a tal proposito di *strategic identity* (Corley, Gioia, 2003).

Allo scopo di mantenere una coerenza di fondo, c'è bisogno di un elevato grado di integrazione tra le molteplici strategie, tenendo conto che è proprio attraverso di esse che l'orientamento strategico di fondo si realizza e si concretizza, ovvero, tramite una ben determinata e definita *formula*, o *impostazione*, *imprenditoriale*. Il fatto che un'azienda abbia ben chiari i suoi valori e le sue idee non può essere garanzia né di un giusto posizionamento strategico né della creazione di una cultura coesiva, ma è sicuramente una variabile determinante a porre le basi affinché ciò avvenga. «Qualsiasi impresa ha una sua formula (o impostazione) imprenditoriale, che è il prodotto della sua storia e delle scelte che le hanno via via impresso una certa direzione. Per effetto di tali scelte, un'impresa si trova a operare: (i) in uno o più sistemi competitivi, (ii) con una certa «offerta» o sistema prodotto, (iii) in un certo sistema di interlocutori sociali, (iv) con una certa prospettiva progettuale, e (v) con una certa struttura.» (Coda, 1988, pp. 72, 73). La configurazione

di un certo *modus operandi* all'interno delle variabili chiave per l'azienda identifica la «formula» unica e irripetibile che caratterizza l'insieme delle scelte strategiche di *quella* azienda rispetto alle altre.

I concetti sopra espressi possono utilmente essere riassunti e dettagliati nel modello dinamico di sintesi illustrato nella **figura 1**.

2.2. Il protocollo di ricerca, le fonti informative e la raccolta dei dati

Il protocollo di ricerca originario ha previsto l'utilizzo delle seguenti fonti informative per rispondere alla domanda di ricerca, coerentemente con il metodo del *case study* (Fattore, 2005; Yin, 1994):

- interviste semi-strutturate ai soci fondatori del Centro Diagnostico Italiano e al personale in posizioni chiave dell'organizzazione (dirigenti, quadri e professionisti,

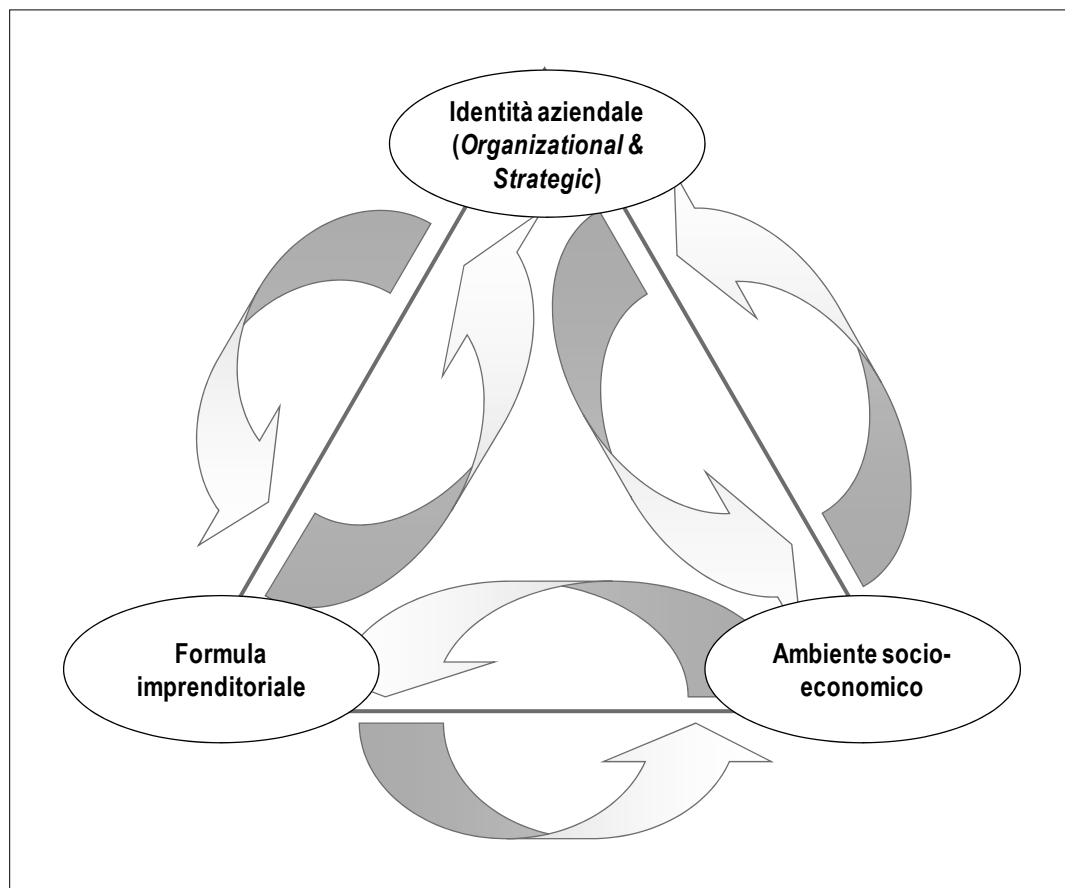
etc.), tra cui alcuni operanti sin dall'origine del Centro;

- bilanci annuali pubblicamente disponibili (dall'anno 1975 all'anno 2009);
- le minute dei consigli d'amministrazione (dall'anno 1995 all'anno 2009);
- riviste aziendali e altri strumenti pubblici di comunicazione aziendale interna ed esterna (CDI Informa, CDI News);
- biografie pubblicate ufficialmente dall'azienda (CDI HOUSE, 2005);
- stampa nazionale e locale, quotidiani *on line*;
- il sito *web* istituzionale, nelle sue versioni e aggiornamenti nel corso del tempo.

Questo processo di codifica sistematica ha permesso di collegare ciascun concetto chiave ai diversi frammenti di testo in cui se ne rivelavano degli esempi, producendo tavole cronologiche che mostrano il ricorrere di certi concetti all'interno di determinati pe-

Figura 1

L'identità aziendale, l'ambiente e le scelte strategiche



riodi di tempo, di cui si propone la matrice-schema (**tabella 1**):

– *periodo di riferimento*: dalla fondazione del Centro Diagnostico Italiano alla data dell'ultimo bilancio pubblicamente disponibile, suddiviso per intervalli temporali coerenti con la dimensione di «Leadership» e di evoluzione del contesto ambientale;

– *contesto ambientale* (di pertinenza del Centro Diagnostico Italiano): l'evoluzione delle dinamiche del settore sanitario, e in riferimento alle logiche proprie dell'ambulatorio;

– *identità aziendale (organizational identity)*: insieme degli elementi centrali, distintivi e duraturi, che caratterizzano tutta l'organizzazione, riscontrabili dalle fonti informative utilizzate – seguendo collegamenti concettuali tra le diverse fonti di informazioni, si è cercato di identificare alcuni temi ricorrenti, che sono stati interpretati come caratteri e valori profondi dell'impresa –, dal rapporto tra il contesto ambientale e l'identità aziendale scaturisce l'*immagine* dell'azienda;

– *orientamento strategico di fondo (strategic identity)*: visione nel cuore e nella mente del *top management* di volta in volta succedutosi nel tempo, formatasi e radicatasi nel tempo, grazie anche all'esperienza accumulata nelle attività lavorative precedenti;

– *scelte strategiche*: formula imprenditoriale come si rivela e si concretizza nelle diverse scelte strategiche adottate nel corso degli anni, come sintesi coerente tra identità aziendale, orientamento strategico di fondo e ambiente. Il rapporto tra identità aziendale e scelte strategiche è mediato dai *filtri cognitivi* propri dell'azienda e del suo gruppo dirigente. Il rapporto tra scelte strategiche e ambiente determina una *postura coerente* dell'azienda nell'ambiente stesso.

3. Il caso del Centro Diagnostico Italiano

Ho sempre creduto nella prevenzione. E il fulcro della prevenzione, la via più giusta, è «esaminare la gente». È nato così, trent'anni fa, il progetto Centro Diagnostico Italiano - CDI. Un'idea forte, che abbiamo coltivato e fatto crescere con passione insieme agli amici che l'hanno condivisa. È stato un impegno a cui guardiamo oggi con particolare soddisfazione per i traguardi che abbiamo raggiunto.

Fulvio Bracco, Cavaliere del Lavoro, Presidente del Centro Diagnostico Italiano - CDI (1909, 2007).

Anno 2005, in occasione del trentesimo dalla fondazione

Fonte: CDI HOUSE, 2005

3.1. Il Centro Diagnostico Italiano nel contesto ambulatoriale italiano

Il CDI - Centro Diagnostico Italiano SpA (in seguito CDI, oppure Centro), di proprietà del Gruppo farmaceutico Bracco, è attualmente il *leader* della categoria degli ospedali a ciclo diurno privati accreditati in Italia, con un fatturato in costante crescita stimabile attualmente attorno ai 70 milioni di euro (**figura 2**), distribuito su 19 sedi, tra poliambulatori e punti prelievo in Milano e provincia, Varese e Pavia (**figura 3**).

Il CDI opera da oltre 35 anni esclusivamente nel settore dell'ambulatorio (*outpatient*), secondo un percorso continuo e duraturo che lo ha portato a essere una «mosca bianca» nel suo genere. Infatti, i due *competitor* più importanti, SDN di Napoli e Centro Diagnostico Cernaia di Torino – entrambi nati negli anni '70 – con medesime caratteristiche, e dunque a esso paragonabili, fatturano circa 35 milioni di euro, ovvero la metà esatta del fatturato del CDI.

Nella zona di Milano e provincia, invece il CDI è ancor più «solo» in termini di impor-

Periodo di riferimento	Anni tra il 1975 [fondazione] e il 2009 [ultimo bilancio pubblicamente disponibile]
Contesto ambientale Identità aziendale (<i>organizational identity</i>) Orientamento strategico di fondo (<i>strategic identity</i>) Scelte strategiche	

Tabella 1

La matrice di raccolta e di analisi delle fonti di informazione

Figura 2

Alcuni dati riepilogativi del CDI (1975-2009): fatturato annuo e investimenti da bilancio consolidato

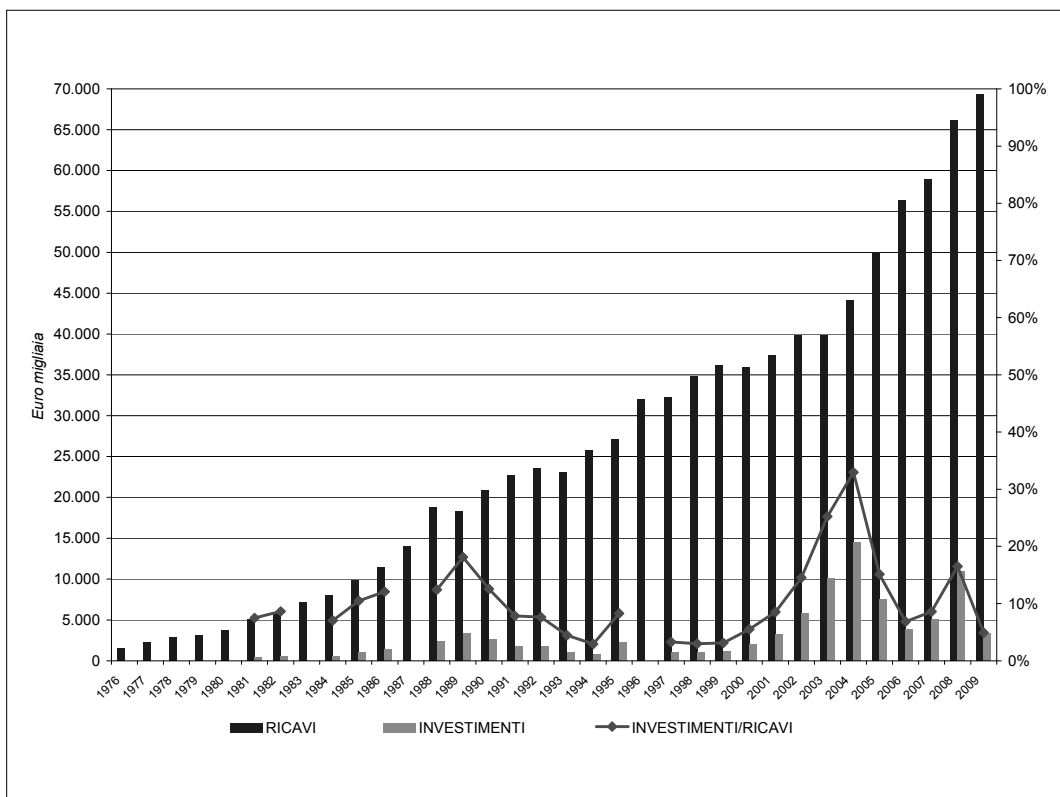
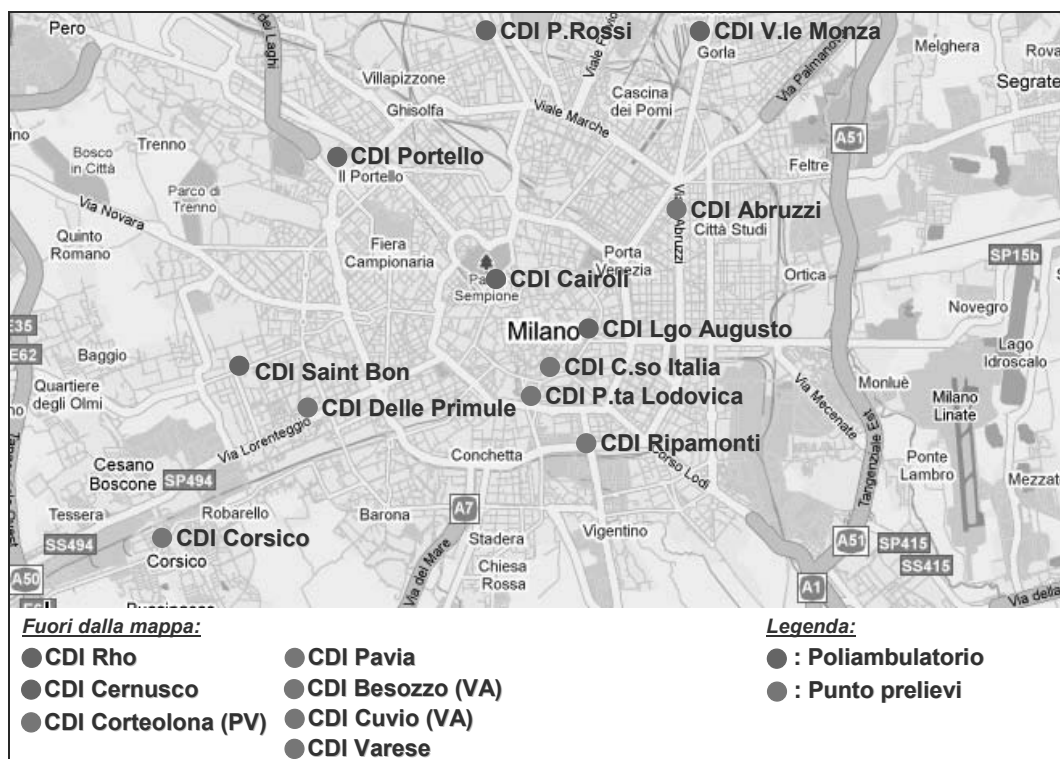


Figura 3

Il network CDI tra Milano e provincia



tanza relativa. Sono infatti *competitor* diretti gli storici poliambulatori privati di Multimedica (circa 18 milioni di euro di fatturato, nato nel 1986), il Centro Analisi Monza (circa 17 milioni di euro, nato nel 1970) e il Centro Resnati del San Raffaele (circa 17 milioni di euro, nato nel 1988).

Se si considerano i 276 centri il cui *core business* è il poliambulatorio (sono esclusi gli ospedali con degenza che hanno *anche* l'ambulatorio) e con un fatturato registrato nel 2009 maggiore di 2 milioni di euro, solo due si collocano nell'intervallo 32-42 milioni di fatturato, altri due nell'intervallo immediatamente precedente (22-32), nove in quello che va da 12 a 32, e tutti gli altri al di sotto dei 12 milioni.

In un contesto di forti cambiamenti normativi e istituzionali nella sanità nei primi anni '70, la grande visione imprenditoriale è stata quella di investire nel settore della sanità privata creando da subito una struttura grande e accogliente (16.000 mq attualmente della sede centrale), con un assetto organizzativo molto flessibile e un portafoglio prodotti particolarmente esteso e innovativo, specializzato sul mercato ambulatoriale.

Sebbene siano stati presenti già da subito i reparti di laboratorio, radiologia, medicina nucleare e il poliambulatorio, le attività del CDI si sono concentrate anche sul mondo della prevenzione, istituendo un servizio, all'epoca estremamente innovativo, cioè la *check-up*.

Il CDI fornisce attualmente servizi di diagnosi, prevenzione, terapia e riabilitazione. La struttura non è mai stata concepita come una struttura di ricovero, tuttavia sono presenti quattro posti-letto utilizzabili solamente per ricoveri da una notte in seguito agli interventi fatti in regime di *day-surgery*.

Il CDI dispone di un'area accreditata con il Servizio sanitario nazionale nei settori di laboratorio, diagnostica per immagini, medicina nucleare e radioterapia (per alcune sedi, CDI Rho e CDI Viale Monza, anche le visite specialistiche sono accreditate Ssn) e di un'area privata, il poliambulatorio (con circa 90 studi polivalenti solamente nella sede centrale, per un totale di circa 200 studi distribuiti su tutto il *network*). L'azienda è certificata dalla *Joint Commission International - JCI* dal 2006, unica struttura ambulatoriale in Italia ad aver ottenuto il ri-

accreditamento nel 2009. Il CDI ha sempre affiancato la sua immagine alle idee di innovazione continua, di efficienza, di capacità di fidelizzare i clienti e il personale dipendente (**figura 4**), e di mettere il paziente al centro dell'offerta.

3.2. L'evoluzione del Centro Diagnostico Italiano attraverso le lenti del quadro teorico

I primi anni del Centro fino agli anni Ottanta: la costruzione di una forte identità aziendale

Durante i primi anni dalla sua inaugurazione, il Centro avvia un processo virtuoso circolare e incessante di rafforzamento della propria identità, di attuazione di strategie coerenti con l'ambiente circostante, delineando da subito le peculiarità che lo contraddistinguono come realtà unica a livello nazionale. Tali elementi sono specificati nella **tabella 2**.

In un periodo in cui nasce e si afferma il Ssn, assieme ai principi dell'universalità e della gratuità delle cure per tutti i cittadini garantita dal prelievo fiscale, l'idea alla base del Centro sembra, a un primo sguardo superficiale, in apparente contraddizione con il *trend* evolutivo della sanità pubblica italiana. Infatti, il CDI nasce sì come struttura privata, con ingenti investimenti privati e con una clientela privata di fascia alta, ma eroga sin da subito prestazioni per le mutue prima e per il Ssn poi, rispondendo al grave problema del sovraffollamento degli ospedali, fungendo da «valvola di sfogo» per la

Figura 4
Fasce di anzianità tra i dipendenti dell'azienda

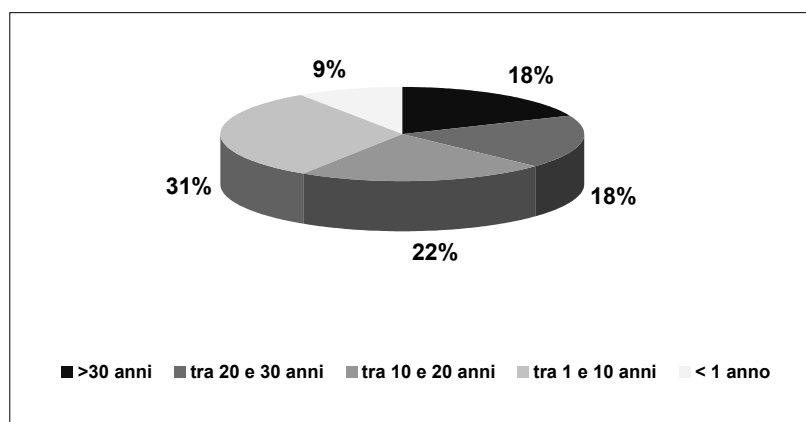


Tabella 2

L'evoluzione storica di identità aziendale e scelte strategiche nel Centro Diagnostico Italiano: 1975-1989

Periodo di riferimento	1975-1989
Contesto ambientale (di pertinenza del CDI)	Nasce e si afferma il Ssn: si affermano i principi dell'universalità e della gratuità delle cure per tutti i cittadini Sanità «ospedalocentrica» ed «erogatore-centrica» Grave problema di sovraffollamento dei posti-letto e degli ambulatori ospedalieri. Necessità di trovare soluzioni di sfogo sul territorio Rimborsi alti per l'attività sanitaria - minori attenzioni alle dinamiche di spesa e dei costi
Identità aziendale (organizational identity)	Ambulatorio privato di grande prestigio (indipendenza dal Ssn) Prevenzione e diagnosi Centralità del cliente attorno cui ruota una poderosa macchina organizzativa Elevato status sociale: attrazione di clientela VIP (<i>client</i>) e professori e grandi medici ospedalieri di Milano (<i>provider</i>) <i>One stop shop</i> ambulatoriale
Orientamento strategico di fondo (strategic identity)	Perfetta coerenza e sovrapposibilità tra OSF e identità aziendale per questo periodo
Scelte strategiche	Creazione di percorsi di prevenzione e di diagnosi contraddistinti dalla personalizzazione, dall'efficienza e dalla rapidità del servizio, utilizzando un <i>customer service</i> altamente specializzato Utilizzo del lavoro di <i>équipe</i> ospedaliera affermate di ospedali Milanesi in regime di libera professione, mediante convenzioni dirette Evitare qualsiasi competizione con gli ospedali, anzi, porre in essere strategie di collaborazione con il pubblico, con l'obiettivo di «alleviare» loro il carico di prestazioni ambulatoriali da erogare Ingenti investimenti in tecnologia innovativa e in infrastrutture (8.000 mq di superficie produttiva) Eleganza e sobrietà negli ambienti di erogazione delle prestazioni Forti rapporti con le associazioni di categoria della sanità privata ambulatoriale Ingenti investimenti in pubblicità sui quotidiani nazionali e locali, alla radio e sponsorizzazione di convegni

parte di prestazioni routinarie ambulatoriali (prevenzione e diagnostica per immagini e laboratorio).

Il modello alla base del Centro scardina il principio delle «canne d'organo» non comunicanti, tipico della funzione pubblica: uno dei valori fondamentali dell'azienda è la centralità del cliente, attorno al quale ruota una poderosa macchina organizzativa, in contrapposizione all'impostazione dei servizi sanitari tradizionali che impongono la rotazione del cliente nei vari uffici, dipartimenti, ecc.

Il Centro è percepito all'esterno da subito, grazie anche alla possibilità di agire in modo efficace e libero sui mezzi di comunicazione di massa, come un ambulatorio di grande prestigio, di grandi dimensioni (8.000 mq, il più grande in Italia di allora), elegante e dotato dei migliori macchinari disponibili sul mercato, *asset* acquisiti in seguito a forti investimenti resi possibili anche dalle dispo-

nibilità della proprietà, e in contatto con le migliori *équipe* ospedaliera e universitarie di Milano.

L'elemento dell'elevato *status* sociale, sia dei clienti che dei *provider* professionisti, è la chiave per comprendere a fondo l'identità profonda del Centro; questa si trasferisce e permea progressivamente in modo indissolubile anche l'efficiente e professionale macchina del *customer service*, dedicata quasi a «coccolare» il cliente.

Tuttavia, il Centro mantiene una rigorosa filosofia di «nicchia», non volendo in alcun modo sostituirsi o concorrere con i grandi ospedali, ovvero, il settore della degenza, dell'acuzie e del pronto soccorso, tradizionalmente i poteri forti di una sanità, quella italiana, tipicamente «ospedalocentrica» ed «erogatore-centrica».

L'orientamento strategico di fondo da parte del *top management*, in questa prima fase della storia del Centro, è in perfetta

coerenza e guida con costanza la creazione di una forte identità aziendale che si sta imprimendo e radicando nei dirigenti, nei quadri e, a cascata, in tutta l'organizzazione. Da segnalare, inoltre, che la struttura organizzativa originariamente pensata era di tipo «funzionale», ovvero con sei dirigenti, guidati da un amministratore delegato, che coprivano le diverse funzioni aziendali: la direzione acquisti e logistica, la direzione operativa, la direzione amministrativa, la direzione commerciale, la direzione sanitaria, e la direzione di laboratorio. Questo organigramma, estremamente «manageriale» e innovativo per il tempo, rispondeva alle esigenze di flessibilità e immediatezza di implementazioni di stimoli da parte del vertice aziendale nell'attuare in modo efficiente le strategie.

Coerentemente, la «postura» adottata dall'azienda rispetto all'ambiente si esplicita nell'erogazione di servizi e percorsi di prevenzione e di diagnosi contraddistinti dalla personalizzazione, dall'efficienza e dalla rapidità del servizio, utilizzando un *customer service* altamente specializzato. La pratica clinica è esercitata da medici e professori, in regime di libera professione mediante convenzioni dirette con ospedali e università, garantendosi *équipe* affermate e di chiara fama.

I primi quindici anni di storia del Centro Diagnostico Italiano rappresentano, dunque, un brillante esempio di elaborazione, decisione e implementazione di una idea imprenditoriale, creativa e innovativa, pur in un settore fortemente tradizionale quale è quello della sanità. L'orientamento strategico di fondo del *top management* originario imprime un movimento continuo, all'unisono e coerente a tutta l'organizzazione, segnando le basi per la costruzione nel tempo di una identità aziendale connotata da tratti distintivi, centrali e duraturi.

Non è da trascurare, tuttavia, che le strategie che ne conseguono sono possibili anche grazie al favorevole contesto ambientale, ovvero, alla possibilità di avere rimborsi alti per l'attività sanitaria ambulatoriale da parte del Ssn, in un'epoca con minori attenzioni alle dinamiche di spesa sanitaria e del controllo dei conti pubblici.

Gli anni '90: il consolidamento e la ricerca di nuove revenues stream

Gli anni '90 segnano un periodo di forti tensioni nella sanità italiana e per attori che vi operano. Coerentemente, il CDI reagisce secondo le disposizioni suggerite dall'allora *top management*, i cui tratti essenziali sono riassunti nella **tabella 3**.

È in atto, infatti, una forte stretta sulle risorse pubbliche al sistema, che vede la nascita del suo baluardo applicativo, ovvero il fenomeno della cosiddetta «aziendalizzazione» delle Usl (da Unità sanitarie locali ad Aziende sanitarie locali), l'introduzione di *budget* di sistema e di struttura, volti a un intenso controllo dei costi del sistema sanitario pubblico.

Nel frattempo aumentano anche i ticket, ovvero la compartecipazione privata degli utenti al servizio pubblico, per le prestazioni ambulatoriali erogate mediante Ssn, e sono stabiliti in via definitiva i criteri di accreditamento delle strutture stesse, nell'intenzione far uscire dal sistema il privato peggiore e speculativo, premiando la qualità e l'efficienza. Inoltre, il Centro perde uno strumento fondamentale con il quale aveva diffuso la sua immagine all'esterno, infatti, la legge 175 del 1992 rende illegittima qualsiasi forma di pubblicità o propaganda in ambito sanitario.

L'ambiente di riferimento è ancor più inasprito dall'inizio delle tensioni rispetto all'attività privata, al di fuori degli orari lavorativi, da parte dei medici dipendenti del Ssn presso studi e strutture private, ancorché accreditate, introducendo l'annoso problema della libera professione *intramoenia* (poi «allargata»).

L'identità aziendale del Centro è oramai matura, e impressa nell'organizzazione, in particolare nella sede centrale di Via Saint Bon n. 20, tuttavia, la limitatezza delle risorse disponibili impone all'allora *top management* di conciliare questo profondo e positivo movimento inerziale di impostazione del CDI, con un proprio orientamento strategico di fondo, che percepisce invece la necessità, per il futuro dell'azienda, di porre in essere logiche di economie di scopo e di scala, onde attivare una rapida standardizzazione e controllabilità dei costi, in particolare per

Tabella 3

L'evoluzione storica di identità aziendale e scelte strategiche nel Centro Diagnostico Italiano: 1990-2001

Periodo di riferimento	1990-2001
Contesto ambientale (di pertinenza del CDI)	Forte stretta sulle risorse pubbliche al sistema: aziendalizzazione delle Usl, introduzione di <i>budget</i> , controllo dei costi Aumento dei ticket per le prestazioni ambulatoriali erogate mediante Ssn Accreditamento delle strutture che erogano prestazioni specialistiche per il Ssn Legge 175/1992: rende illegittima qualsiasi forma di pubblicità o propaganda in ambito sanitario Prime problematiche di incompatibilità per i medici pubblici ad operare in strutture private accreditate Attivazione della libera professione <i>intramoenia</i>
Identità aziendale (organizational identity)	Ambulatorio privato di grande prestigio (indipendenza dal Ssn) Prevenzione e diagnosi Centralità del cliente attorno cui ruota una poderosa macchina organizzativa <i>One stop shop</i> ambulatoriale, per privati e per aziende
Orientamento strategico di fondo (strategic identity)	Produzione simil-industriale di esami cui applicare logiche di economie di scopo e di scala, in particolare per la diagnostica per immagini e il laboratorio centrale Visione ampia dell'ambulatorio, estendibile al concetto (i) di «clinica privata», con la possibilità di erogare anche prestazioni di cura, non solamente di prevenzione e di diagnosi e (ii) di «service» della tutela della salute per clienti collettivi come le aziende
Scelte strategiche	Avvio della chirurgia: epocale accesso nella cura in regime ambulatoriale Maggiore attenzione al mondo delle aziende come fruitori di servizi sanitari, in risposta alla stretta finanziaria imposta nel Ssn (D.L.vo. 626/94) Espansione territoriale locale mediante l'acquisto di punti prelievo Strategie di fidelizzazione della clientela privata mediante scontistica Tentativo di espansione territoriale a livello nazionale Introduzione delle prime certificazioni di qualità per il controllo dell'eccellenza dell'attività

la diagnostica per immagini e il laboratorio centrale.

La logica in seguito adottata è molto simile a una logica di tipo industriale: il Centro si dota, infatti, di una contabilità analitica che costruisce un costo standard per ciascuna delle oltre 3.000 prestazioni ambulatoriali erogabili, aggiornandolo e paragonandolo annualmente all'effettivo.

Accanto a questa tendenza, è inoltre evidente il tentativo di costruire nuove *revenues stream* in alternativa alla fonte «scricchiolante», fondamentale seppur non esclusiva, rappresentata dal Ssn. In questo senso è interpretabile la «visione ampia» dell'ambulatorio che si afferma in questo periodo, estendibile al concetto di «clinica privata»: in questi anni è avviata, infatti, la prima sala operatoria della chirurgia in regime di *day surgery*. Questo rappresenta un epocale accesso nella cura in regime ambulatoriale da parte del Centro. Tale ingresso nel mondo della cura potrebbe porre il rischio di una

«perdita di identità» (ovvero, della perdita della coerenza tra l'identità del Centro, la sua interpretazione interna e l'immagine proiettata all'esterno), minando di fatto la tradizione storica di centro dedicato alla prevenzione e alla diagnosi (così come richiamato anche dal suo logo: Centro «Diagnostico» Italiano), proiettando all'esterno un'idea diversa da quella che è la natura profonda del Centro stesso. Questo evento potrebbe portare alla perdita di quei connotati di distintività e di centralità rispetto ai concorrenti, diluendo le proprie competenze ed energie in nuove attività *non core*, spesso sottendenti prospettive diametralmente opposte. Tuttavia, ciò non avviene, proprio per quello che si sosteneva prima, ovvero, il fatto che l'identità aziendale è matura e forte e non subisce contraccolpi di sorta, anzi contiene e «assorbe» in seno, in modo efficiente ed elegante, queste nuove strategie. Infatti, ad esempio, la chirurgia del Centro si è sempre contraddistinta, distinguendosi dall'impostazione tipica delle

cliniche private milanesi, per la garanzia di un prezzo unico e un'unica fattura per l'intero servizio, rifiutando di «spezzettare» i singoli fattori produttivi (la sala chirurgica, l'anestesia, l'*équipe* chirurgica, l'assistenza infermieristica, ecc.), impedendo doppie fatturazioni e garantendo chiarezza e trasparenza immediata *ex-ante* del processo di *pricing* al cliente.

Nell'ottica, invece, di rafforzare *revenues stream* extra-Ssn, già presenti in Azienda, sono iscrivibili il rafforzamento dell'erogazione di servizi alle aziende, secondo il dettato legislativo del decreto 626 del 1994 e le strategie di fidelizzazione della clientela privata mediante scontistica, anche sensibile, ai prezzi del listino pieno. In questo senso, è interpretabile anche la forte spinta a dotarsi di certificazioni di qualità esterne (nel 1997, primi in Italia, la UNI EN ISO 9002), per avere maggiore legittimazione, credibilità e immagine verso l'esterno (soprattutto al mondo privato), oltre all'accreditamento Ssn.

Dunque, l'immagine esterna del Centro rimane e si consolida come quella di ambulatorio privato di grande prestigio, con una forte centralità del cliente, attorno al quale ruota una poderosa macchina organizzativa, l'eleganza e sobrietà nell'erogazione delle prestazioni mediante tecnologie all'avanguardia e garanzia di controlli di qualità: un *one stop shop* ambulatoriale, per privati e per aziende.

I primi anni del 2000: verso l'«esperienza della salute»

Gli anni che segnano il cambio di millennio sono anni di fondamentale importanza per la sanità italiana: prende le mosse il tentativo di regionalizzare la sanità, creando di fatto 21 Servizi sanitari regionali con impostazioni radicalmente differenti. In questo rinnovato contesto il Centro cerca una sua «postura» distintiva e ottimale, come descritto nella **tabella 4**.

Periodo di riferimento	2001-2008
Contesto ambientale (di pertinenza del CDI)	Regionalizzazione e finanziamento del sistema sanitario affidato alle Regioni, modifica del Titolo V della Costituzione Uso sistematico di metodi di abbattimento tariffario nei confronti degli erogatori privati per rientrare nei costi del sistema Nella Regione Lombardia si adottano misure serrate per il contenimento dei costi: riduzione delle tariffe di alcune prestazioni, aumento del ticket a carico del cittadino per le prestazioni di diagnostica e di specialistica, controllo sui comportamenti prescrittivi dei medici, nuovo tetto di budget produttivo per le strutture accreditate pari al 95% del finanziato nell'anno precedente
Identità aziendale (organizational identity)	Ambulatorio privato di grande prestigio (indipendenza dal Ssn) Prevenzione e diagnosi Centralità del cliente attorno cui ruota una poderosa macchina organizzativa <i>One stop shop</i> ambulatoriale, per privati e per aziende
Orientamento strategico di fondo (strategic identity)	CDI come «Esperienza oltre la salute» Modello CDI vincente non solo sul piano nazionale, ma replicabile anche a livello internazionale Ricerca della massima innovazione tecnologica disponibile sul mercato
Scelte strategiche	Crescita ulteriore del settore della cura e della riabilitazione mediante l'apertura della seconda sala operatoria, della radiochirurgia e l'edificazione di una palazzina dedicata alla riabilitazione privata Raffinamento e conclusione dei lavori di ampliamento e di restauro del CDI, improntati alla massima efficienza ed eleganza degli spazi produttivi e di accoglienza Espansione territoriale mediante l'acquisto sul territorio milanese e lombardo di punti prelievo e di strutture poliambulatoriali già avviate Estensione al degli orari di accesso alla struttura, dalle 7.30 a «quando finisce l'ultimo esame» (anche dopo le 22)

Tabella 4

L'evoluzione storica di identità aziendale e scelte strategiche nel Centro Diagnostico Italiano: 2001-2008

Infatti, la modifica del Titolo V della Costituzione segna l'inizio di una nuova stagione di decentramento di competenza della Sanità verso le Regioni, che prenderà forma e spinta negli anni a seguire. Il principio di «sussidiarietà» prevede, infatti, l'intervento del potere centrale solamente in via sussidiaria, oltre la competenza esclusiva della Regione: ogni Regione è libera dunque di attuare la propria politica sanitaria, modificando regole, organizzazione e tariffe del proprio sistema, col fine ultimo della stabilità e dell'equilibrio tra entrate e uscite.

Nella Regione Lombardia si adottano misure serrate per il contenimento dei costi: la riduzione delle tariffe di alcune prestazioni, l'aumento del ticket a carico del cittadino per le prestazioni di diagnostica e di specialistica, il controllo sui comportamenti prescrittivi dei medici e un tetto di *budget* produttivo per le strutture accreditate pari a una percentuale variabile del finanziato nell'anno precedente.

Il CDI è in piena attività di rinnovamento strutturale: sta raddoppiando la superficie produttiva della sua sede principale, da 8.000 mq a 16.000 mq, confermando ancora una volta di essere il maggiore poliambulatorio italiano. Il *top management* imprime una rafforzata immagine di accoglienza, anche estetica, e di efficienza al Centro, privilegiando i percorsi che uniscono l'aspetto prettamente clinico a variabili più *soft*, ma altrettanto importanti per la soddisfazione del cliente. Si rafforza l'immagine di servizio presso il Centro inteso come un'«esperienza *oltre* la salute». Anche la ricerca della qualità assume la veste dell'eccellenza, il Centro Diagnostico Italiano è il primo centro ambulatoriale a essere certificato *Joint Commission International*.

Accanto a questo processo, continua la ricerca della massima innovazione tecnologica disponibile sul mercato, onde erogare prestazioni di eccellenza clinica: proprio in questi anni il Centro si dota di un apparecchio, il secondo in Italia, per la radiocirurgia, il Cyberknife, una Rmn 3 tesla e una Tac 64 strati. Il nuovo management tenta di imprimere una nuova spinta e direzione all'identità aziendale «forzando positivamente» il moto circolare virtuoso impresso da trent'anni di storia.

Questo processo di profondo cambiamento, secondo il parere di chi scrive, ha successo compiuto all'«esterno» del nucleo storico del Centro. Infatti, le nuove strutture edificate nel tempo, il *bunker* per la radioterapia, il centro per la diagnosi e la cura di patologie oftalmologiche (*EyeClinic*) e la nuova riabilitazione sorgono tutte «al di fuori» di Via Saint Bon, sono effettivamente collocate in strutture, a volte contigue, ma pur sempre separate dalla sede centrale. Tra queste dinamiche si può inserire il tentativo, anche se non andato a buon fine, di creare il primo Centro Diagnostico Italiano oltre confine, mediante l'attivazione di CDI-Dubai, presso gli Emirati Arabi Uniti. La sede centrale di Via Saint Bon, seppur con nuove vesti, rimane sempre fedele alla propria identità aziendale di ambulatorio privato di grande prestigio per prevenzione e diagnosi, mediante un servizio di eccellenza clinica, tecnologica e organizzativa.

4. Discussione e conclusioni

Alla luce del *trend* evolutivo della sanità e del probabile aumento della tensione sulle risorse economiche in futuro, è utile sviluppare concreti riferimenti teorici per ragionare e prospettare soluzioni e modelli alternativi di gestione della sanità. Questo processo non può che nascere da una profonda riflessione sul passato e sulla storia, e dunque sull'identità aziendale, di ciascuna azienda operante nel settore della salute, sia essa pubblica o privata.

La riflessione qui esposta prende le mosse e si riferisce a una parte spesso trascurata della sanità, ovvero, la sanità privata ambulatoriale; questo poiché si è soliti tradizionalmente dare maggiore importanza e rilievo all'ospedalizzazione, alla degenza, all'acuzie e all'emergenza-urgenza, trascurando o relegando a un ruolo minore il tema del territorio, entro cui si collocano certamente le cure ambulatoriali. Questa tendenza di fondo, visibile anche nella quantità di ricerca in questo contesto, è motivata dal differente impegno di risorse nei diversi settori della sanità; tuttavia, si sottolinea come il settore ambulatoriale pesi per circa il 20% della spesa sanitaria totale, dunque oltre 25 miliardi di euro all'anno. Un euro su 5 è investito per cure ambulatoriali.

In questo peculiare segmento della sanità privata si è cercato di contestualizzare alcuni concetti propri dell'Economia aziendale tradizionalmente nati, sviluppati e applicati a settori industriali, commerciali e di servizi non sanitari: quello dell'identità aziendale, inteso come l'insieme delle interpretazioni interne e delle percezioni esterne dell'azienda durature, centrali e distintive, il concetto di orientamento strategico di fondo proprio del *top management*, la loro attuazione nella formula imprenditoriale, determinando così la «postura» o posizionamento strategico ottimale dell'azienda all'interno del suo ambiente di riferimento. Tra i concetti sopra richiamati, la teoria che sicuramente può sviluppare maggiore risonanza all'interno di aziende sanitarie private, poiché mai applicata sino ad oggi, è quella dell'identità.²

Questa analisi è stata possibile mediante lo studio pratico del caso del CDI-Centro Diagnostico Italiano, che, nei suoi trentacinque anni di attività, ha percorso un cammino di successo duraturo, che lo ha portato a essere *leader* nel settore dell'ambulatoriale privato in Italia.

Esiste, dunque, una relazione tra il successo, empiricamente dimostrabile, del CDI e il modo in cui identità aziendale, orientamento strategico di fondo, ambiente e scelte aziendali si sono evoluti in modo coeso nel tempo? La risposta, limitatamente a questo caso aziendale, sottolineando dunque la non necessaria generalizzabilità dei risultati, sembra essere positiva.

La costruzione di un posizionamento strategico con un successo duraturo si poggia, come appare, su un orientamento strategico di fondo che contribuisce ad alimentare un'identità aziendale coesa, in cui si riflettono e si riconoscono i valori delle persone che lavorano nell'organizzazione. La formula imprenditoriale concretizza l'orientamento strategico di fondo e identità attraverso le scelte su *target*, concetto di servizio e strategia operativa che riflettono i valori e le visioni fondanti l'identità. L'assenza di conflitto valoriale tra posizionamento e identità aziendale aumenta la motivazione e crea l'ambizione collettiva, rinforzando il senso di appartenenza, il rispetto delle regole e dei comportamenti attesi (c.d. posizionamento *mission-driven*). Al contrario, un posiziona-

mento strategico fluttuante alla ricerca delle opportunità continue del mercato (c.d. posizionamento *market-driven*), pur essendo potenzialmente e nei fatti spesso di grande successo, non alimenta un'identità aziendale e tutto ciò che ne consegue; crea invece conflitti valoriali, produce un abbandono da chi ricerca un orientamento strategico di fondo solido e etico, e alimenta l'adesione di chi invece si riflette in una visione opportunistica molto spinta.

Quando l'identità è molto forte, essa produce anticorpi ai tentativi di riposizionare l'organizzazione su posizionamenti percepiti come troppo *market-driven* e poco *mission-driven*. Il caso del CDI esemplifica perfettamente questo ragionamento, convalidandolo, pur rappresentando una sola unità di osservazione. L'analisi del contenuto delle interpretazioni aziendali e delle percezioni esterne del Centro nel corso degli ultimi trent'anni rivela, infatti, una sostanziale continuità nei contenuti e un legame stretto tra valori fondamentali e competenze distintive dell'impresa. Queste ultime, quindi, sembrano trovare nell'identità aziendale, di cui sono una componente essenziale – e nella sua naturale refrattarietà al cambiamento – un baluardo alla loro disgregazione a fronte di minacce e/o opportunità esterne o interne che possano portare a rivoluzionare in modo affrettato strategie e processi aziendali.

Il Centro «ne esce» come esempio di coerenza e di costanza nel tempo dell'idea imprenditoriale iniziale, che ha determinato il primo orientamento strategico di fondo, generando un'identità aziendale che si radica e si rafforza nel tempo, in un circolo virtuoso. Questa prima *strategic identity* (orientamento strategico di fondo *del top management*), divenuta poi *organizational identity* (identità aziendale di *tutta* l'organizzazione), ha impresso dunque una spinta dinamica propulsiva che conserva ancora oggi la propria forza originale. L'identità aziendale, così come impressa nel primo periodo di vita del CDI, nella sua forma geniale e originale, vive ancora intensamente nel suo personale, cristallizzandola nel tempo.

L'identità aziendale rimane nel tempo, nei suoi valori originari, centrali, duraturi e distintivi, «sopravvive» e perdura al variare delle direzioni aziendali, di fatto plasmando,

conciliando e indirizzando, implicitamente, i diversi orientamenti di fondo che vogliono imprimersi, propri dell'esperienza pregressa di ciascun *top management*: il risultato di questo processo, iniziato oltre trentacinque anni fa, ha impresso un moto di costate crescita al Centro, garantendone l'*economicità* nel tempo.

Note

1. Per maggiori approfondimenti, si rimanda a Ravasi (2004).
2. Tra gli altri, si ricordano gli studi dell'identità aziendale su imprese industriali e di servizi, quali: Scania, AT&T, Regional Bank of Southern Sweden, Swedish Industrial Development Fund, Bang e Olufsen, British Petroleum, Statoli, Starbucks, Air France, Alfa-Romeo, Kartell, Piaggio, Nordea - da Lerpold, Ravasi (2007).

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

- ALBERT S., WHETTEN D.A. (1985), «Organizational identity», in L.L. Cummings, B. Staw (Eds), *Research in Organizational Behavior*, 7, pp. 263-295.
- ANSOFF H.I. (1968), *Strategia aziendale*, Etas Libri, Milano.
- ARMENI P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- BORGONOVİ E. (2008) *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*, Egea, Milano.
- CDI HOUSE - MORENO GENTILI (a cura di) (2005), *Prevenzione e Salute*, dicembre.
- CHERUBINI S. (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, Franco Angeli, Milano.
- CODA V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*. Torino, Utet.
- CODA V. (1991), 2008, *Comunicazione e immagine nella strategia d'impresa*, Giappichelli, Torino.
- CORLEY K.G., GIOIA D. (2003), «Organizational identity fragmentation during a spin-off: hierarchical differences in perceptions of identity change», conference paper a Euram, *Organizational Identity and Identification*, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea - Studi e Ricerche, Milano.
- DEMATTÉ C. (2002), «Gestione strategica: una prassi mal compresa e male applicata», *Economia e Management*, 1, pp. 3-12.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E. (1995) *Strategic management of Health Care organizations*, PWS-Kent Publishing Company, Boston.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FIOL C.M. (1991), «Managing culture as a competitive resource: An identity-based view of sustainable competitive advantage», *Journal of Management*, 17, pp. 191-211.
- GIOIA D.A. (1998), «From individual to organizational identity», in D. Whetten P. Godfrey (Eds), *Identity in organizations: Building theory through conversations*, pp. 17-32, Sage, Thousands Oaks, C.A.
- GOLDEN-BIDDLE K., RAO H. (1997), «Breaches in the boardroom: Organizational identity and conflicts of commitment in a nonprofit organization», *Organizational Science*, 8, pp. 593-611.
- HATCH M.J., SCHULTZ M. (2004), *Organizational identity. A reader*, Oxford University Press, Oxford.
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- LERPOLD L., RAVASI D., VAN REKOM J., SOENEN G. (Edited by) (2007), *Organizational Identity in Practice*, Routledge, New York.
- MINTZBERG H. (1994), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, Isedi, Torino.
- RAVASI D. (2004), *La gestione strategica dell'identità aziendale*, Egea - Studi e Ricerche, Milano.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- SCHULTZ M., HATCH M.J., HOLTEN LARSEN M. (2000), *The expressive organization: linking identity, reputation and the corporate brand*, pp. 11-35, Oxford University Press, Oxford.
- SOENEN G., MOINGEON B. (2002), «The five facets of collective identities: Integrating corporate and organizational identity», in G. Soenen, B. Moingeon (Eds), *Organizational identities: integrating strategy, marketing and organizational perspectives*, pp. 13-34, Routledge, London.
- WHETTEN D.A. (2003), «A social actor conception of organization identity», non pubblicato.
- WHETTEN D.A. GODFREY P.C. (1998), *Identity in organizations: Developing theory through conversations*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- WHETTEN D.A., MACKEY A. (2002), «A social actor conception of organizational identity and its implications for the study of organizational reputation», *Business and Society*, 41(4), pp. 393-414.
- YIN R.K. (1994), *Case study research: design and methods*, Sage, London.

La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità

DENITA CEPIKU, ANNA CONTE, ANTONELLA D'ADAMO

The article defines a multi-level interpretative framework for the measurement and management of performances of general interest networks, drawing from the network governance and the performance management literatures. The model is further developed through the application to two case studies: REHA TICINO (a network of Swiss rehabilitation centres) and ESTAV Centro Toscana (a centralized service centre based on the collaboration of the different public healthcare organizations).

Keywords: network, performance, network management

Parole chiave: reti, performance, network management

Note sugli autori

Denita Cepiku è ricercatrice presso l'Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

Anna Conte è dottoranda di Ricerca in Economia e gestione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche, presso l'Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

Antonella D'Adamo è dottoressa di Ricerca in Economia e gestione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche, presso l'Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

Attribuzione

Pur essendo l'articolo frutto del lavoro coordinato ed integrato delle tre autrici, Denita Cepiku ha curato i §§ 1, 2, 3 e 4; Anna Conte il § 5 e Antonella D'Adamo il § 6

«... if the literature about increasing networked forms of governance is correct, this poses a fairly fundamental challenge to much of the existing approaches to performance»

Colin Talbot (2005), in *The Oxford Handbook of Public Management*, p. 512

1. Introduzione: i network di aziende sanitarie e la misurazione della loro performance

Il presente contributo ha per oggetto i network – con specifico riferimento a quelli operanti nel settore sanitario e socio-assistenziale – e mira a indagare la misurazione e la valutazione delle performance, ambito rilevante ancorché poco approfondito del governo e della gestione strategica degli stessi.

Negli studi di organizzazione aziendale la rete è stata studiata sotto diversi approcci (teoria della contingenza, teoria dei costi di transazione, teoria della dipendenza dalle risorse, teoria neoistituzionalista, ecc.). Ciò che qualifica le reti è la presenza di una pluralità di istituti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico; l'interdipendenza tra i nodi, l'organizzazione delle interdipendenze, che genera valore di sistema e che deve essere distribuito equamente tra i nodi (Longo, 2007). Risulta, infatti, determinante l'equità percepita dei singoli nodi, alla luce dei rapporti di forza socio-economici esistenti, e garantisce il perdurare nel tempo della rete (Del Vecchio, 2001).

Alla luce di questa definizione, emergono degli elementi di criticità nella costruzione e gestione delle reti. Le reti nascono se i nodi sono in grado di leggere e interpretare le

SOMMARIO

1. Introduzione: i network di aziende sanitarie e la misurazione della loro performance
2. Obiettivi e domande di ricerca
3. Metodi di ricerca
4. Un modello multilivello di valutazione delle performance dei network di interesse generale
5. La rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione (REHA TICINO)
6. L'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta-Centro della Regione Toscana
7. Discussioni e conclusioni

interdipendenze, comprendendo il vantaggio nell'organizzarle e il danno individuale e di sistema dell'assenza di coordinamento (Rebora, Meneguzzo, 1990). Inoltre, le reti perdurano se i nodi distribuiscono equamente il valore aggiunto generato dalla rete, garantendo ai singoli nodi una sostanziale equità percepita tra contributi e ricompense scambiate con la rete (Del Vecchio, 2001).

Per organizzare le interdipendenze è necessario che tutti i nodi cedano alla rete alcune prerogative di governo individuali che avviene se vi è capacità di leggere il vantaggio della rete e se vi è fiducia che anche gli altri nodi cedano parzialmente alcune prerogative di governo (Borgonovi, 2002).

Tra le principali problematiche delle reti in ambito pubblico sono stati identificati un eccesso di tensione per il valore della connessione in sé, considerata un risultato invece che una semplice pre-condizione per creare valore pubblico; e la necessità di superare l'oscuramento informativo, esplicitando la rappresentazione dell'interesse pubblico e definendo gli *output* e *outcome* attesi (Longo, 2005). Inoltre, al manager di rete è spesso chiesta chiarezza nell'esplicitare ai diversi attori presenti all'interno della rete e agli altri *stakeholder* vantaggi e svantaggi collegati al modello di rete (Meneguzzo, Cepiku, 2008).

A tal fine, e anche per far fronte alla elevata complessità tecnico-attuativa del modello di rete, occorre disporre di competenze e strumenti manageriali adeguati. Questi ultimi costituiscono il *network management* e *governance*, definiti come attività che avvengono in presenza di interdipendenze e che mirano a coordinare le strategie di attori operanti all'interno di un *network* e aventi obiettivi e preferenze diversificate con riferimento a uno specifico problema o politica (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997, p. 10). Il governo della rete differisce in maniera sostanziale dal management all'interno delle aziende laddove il manager è il «controllore del sistema» e si occupa prevalentemente di pianificare gli obiettivi, strutturare l'organizzazione e dirigere l'azienda, il tutto all'interno di chiare linee gerarchiche (Hunt, 1972, p. 25).

Dall'analisi sistematica della letteratura sui *network* (anglosassone ma soprattutto olandese) emerge una significativa lacuna riguardante l'alterazione delle funzioni mana-

geriali tradizionali (pianificazione strategica, programmazione e controllo, contabilità, gestione delle risorse umane e organizzazione, ecc.) e degli strumenti di cui si avvalgono (Talbot, 2005, p. 512).

Ciononostante, la presenza e il buon funzionamento di sistemi volti a misurare e valutare le performance della rete restano condizioni essenziali per una efficace gestione del *network* e il superamento dei numerosi conflitti che, date le caratteristiche intrinseche di questa configurazione (eterogeneità di missioni e interessi, di culture organizzative, diversità di *stakeholder* e finanziatori, ecc.), si vengono a creare.

2. Obiettivi e domande di ricerca

L'obiettivo della ricerca è quello di contribuire alla letteratura sul *performance management* delle reti, definendo un *framework* analitico volto a misurare le performance dei *network* interaziendali e in grado di includere tutte le dimensioni rilevanti.

Verranno esplorati i processi e gli strumenti di misurazione e valutazione delle performance della rete, includendo sia quelli in uso all'interno delle aziende partner e volti a misurare le reti sia quelli parte degli strumenti di *network management*. Le domande di ricerca includono le seguenti (Sydow, Windeler, 1998; Provan, Milward, 2001):

- Quali sono i criteri e le dimensioni di performance presi in considerazione a livello di comunità locale, a livello di *network* e a livello di singola azienda partner?

- Quali sono i *key stakeholder* identificati e come vengono coinvolti nei tre livelli?

- Quale tipo di relazione esiste tra sistemi di performance management a livello di singola azienda e sistemi di *performance management* a livello aggregato?

- Quali sono le specificità dei sistemi e degli strumenti di *performance management* a livello di *network*?

3. Metodi di ricerca

Nella prima parte sono state condotte una *review* e una sistematizzazione della letteratura allo scopo di definire un modello multilivello di misurazione e valutazione delle performance dei *network*.

Diverse considerazioni hanno portato a eleggere dei metodi di ricerca qualitativi – e, in particolare il metodo dei casi studio multipli con il fine del *theory building* – per questa ricerca. Innanzitutto, il metodo dei casi è raccomandato nelle prime fasi di sviluppo di una nuova teoria come certamente è quella in via di consolidamento a partire dai filoni di *network management* di matrice sociologica, di scienze politiche e di *public administration* (Yin, 1995, 1999; Eisenhardt, 1989; Eisenhardt, Graebner, 2007; Gibbert, Ruigrok, Wicki, 2008). Esso risulta un metodo particolarmente appropriato in presenza di un numero elevato di variabili e per lo studio di fenomeni fortemente condizionati dai contesti in cui operano.

L'analisi di casi multipli di *network* sanitari è stata preceduta dalla definizione di un *research framework* a partire dalla letteratura di riferimento, avvalendosi della *theory triangulation*.

Nell'analisi dei casi studio sono state utilizzate una pluralità di fonti e metodi di raccolta dei dati quali interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati; l'analisi di documenti ufficiali e non, al fine di costruire un quadro di contestualizzazione. Le interviste sono state condotte sulla base di una griglia strutturata che parte dalla ricostruzione del *network* per indagare i sistemi di *performance management* (dimensioni di performance, strumenti e criteri di valutazione, *stakeholder* di riferimento, elementi di interdipendenza tra i livelli, ecc.) in tre diversi livelli, tenendo conto del grado di presidio e di rilevanza, degli strumenti concreti impiegati, ecc.

I due casi studio selezionati rappresentano delle prime esperienze di *performance management* sviluppate in contesti reticolari e includono l'esperienza di «REHA TICINO», rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione e l'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (Estav Centro), dell'Area Vasta Centro, della Regione Toscana. Nell'ambito dell'analisi di caso sono stati analizzati documenti ufficiali dei due *network* e delle aziende partner e sono stati intervistati, rispettivamente, per il REHA Ticino, il coordinatore della rete e direttore della Clinica Hildebrand, per l'Estav Centro Toscana, il direttore amministrativo dell'Estav Centro e il direttore del Dipartimento giuridico e

risorse umane dell'Azienda ospedaliera universitaria Careggi.

4. Un modello multilivello di valutazione delle performance dei *network* di interesse generale

Il modello di *performance management* applicato alle reti di interesse generale è stato definito a partire dall'analisi e dalla sistematizzazione di due filoni di letteratura:

– i contributi riguardanti la *public governance* e le reti di interesse generale, con particolare riguardo alla letteratura sulle reti operanti in ambito sanitario e socio-assistenziale (Hunt, 1972, p. 25; Lomi, 1991; Lorenzoni, 1992; Meneguzzo, 1996; Arcari, 1996; Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997; O'Toole, 1997; Lega, 2002; Del Vecchio, 2003; Berry *et al.*, 2004; Longo, 2005; Cepiku, Ferrari, Greco, 2006; Bingham, O'Leary, 2007; Meneguzzo, Cepiku, 2008; Cepiku, Meneguzzo, 2009; ecc.);

– le ricerche riguardanti il *performance management*, con particolare riferimento a quelle che si riferiscono ai *network*, sia pubblici sia privati (Bovaird, 1996; Sydow, Windeler, 1998, Provan, Milward, 2001; Talbot, 2005; Meneguzzo, 2005; Cepiku, Giordano, 2005; Thomson, Perry, Miller, 2007; Lunnan, Haugland, 2008; Bouckaert, Halligan, 2008; Van Dooren, Van de Walle, 2008; Klijn *et al.*, 2010).

4.1. I *network* di aziende sanitarie

I *network* rappresentano soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche o private, particolarmente efficaci per affrontare problemi complessi e sono stati definiti come «more or less stable patterns of social relations between interdependent actors, which take shape around policy problems and/or policy programs» (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997, p. 6).

La diffusione dell'organizzazione reticolare in sanità è stata incentivata non solo dall'introduzione di strumenti operativi, ma anche dal legislatore con il D.L.vo 502/1992, il D.L.vo 517/1993, il D.L.vo 299/1999, la riforma del titolo V della Costituzione, dall'Accordo Stato-Regioni del 2001 e

dall'Intesa Stato-Regioni del 2005. La cooperazione in rete per le organizzazioni sanitarie è un'opzione strategica per razionalizzare una spesa sanitaria sempre crescente, per ristrutturare l'offerta di servizi sanitari sul territorio spesso inadeguata alla domanda, per erogare servizi omogenei in tutto il territorio e per rispondere al *continuum of care*.

Infatti, elemento caratterizzante della rete sono le relazioni di collaborazione che si instaurano tra i nodi, costituiti da organizzazioni dotate di autonomia e con obiettivi non conflittuali tra loro. Assume inoltre rilevanza la dimensione sociale e la fiducia. In letteratura si attribuiscono alle reti altre caratteristiche distintive (Rhodes, 1997, p. 11; O'Toole, 1997; Powell, 1990; Bingham, O'Leary, 2007):

- interdipendenza tra le organizzazioni pubbliche, *private for* e *non profit*, che fanno parte della rete;
- interazioni stabili e frequenti tra i membri del *network* volte a scambiare risorse e negoziare obiettivi condivisi;
- interazioni, per lo più orizzontali, basate sulla fiducia e regolamentate da norme condivise;
- assenza di una linea gerarchica di comando della rete.

Analogamente ad altri settori di intervento prevalentemente pubblico (servizi alla persona, educazione, cultura, socio-assistenziale, ecc.) i tratti salienti della *public governance* sono riscontrabili anche nell'attuale scenario della sanità, sia italiana sia estera. In particolare, l'approccio della *public governance* dà un notevole risalto alle reti e agli aggregati interaziendali (Cepiku, 2005). Si tratta di un approccio molto utile per indagare le caratteristiche evolutive del settore sanitario sempre più frequentemente contraddistinto dal ricorso ai *network* quali modalità per organizzare, in maniera innovativa e flessibile, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini (Cepiku *et al.*, 2006; Cepiku, Meneguzzo, 2004).

4.2. La valutazione delle performance dei *network*

Il *performance management* è definito come «acting upon performance information», ossia un processo che include la misurazione delle performance (raccolta e analisi

sistemica delle informazioni su determinate tipologie di performance) e il *performance management* (incorporazione e utilizzazione delle informazioni sulle performance nei processi decisionali, nella comunicazione con gli *stakeholder* e nel controllo) (Bouckaert, Halligan, 2008).

La letteratura pone l'enfasi su due ulteriori aspetti. Innanzitutto, un sistema di *performance management* dovrebbe includere anche gli effetti collaterali, intenzionali e accidentali, positivi e negativi. Inoltre, la performance non è un concetto unitario, ma piuttosto un insieme di informazioni su vari risultati che rivestono un significato variabile per i diversi *stakeholder* (Bovaird, 1996, p. 147).

Network e *performance management* danno luogo a sinergie significative allorché sono utilizzati in combinazione. Infatti, la misurazione e comunicazione delle performance costituiscono un presupposto necessario affinché si instauri, in un tempo relativamente breve, un adeguato livello di fiducia tra i partner (Cepiku, Giordano, 2005). Uno studio recente ha evidenziato l'importanza del *network management* e dei *network manager* per la realizzazione di elevate performance (Klijn *et al.*, 2010).

La valutazione delle performance dei *network*, tuttavia, non può avvalersi di criteri tradizionali come l'efficacia o l'efficienza, la cui applicazione può degenerare in strumentalismo (Klijn *et al.*, 2010). I partner perseguono, attraverso il *network*, obiettivi differenti e specifici, nessuno dei quali può essere assunto come riferimento per valutare l'efficacia del *network*. Nel *network* gli obiettivi non sono prefissati ma il risultato finale di un processo di negoziazione e interazione continua. È per questo, ad esempio, che il «goal displacement» non assume una valenza negativa nei *network* ma, al contrario, dimostra che ha avuto luogo un processo di apprendimento reciproco.

L'articolo combina tre approcci di valutazione delle performance dei *network* in un modello analitico e interpretativo dei casi studio. Il primo approccio di Provan e Milward (2001) distingue tra diversi livelli di analisi macro e meso cui aggiungiamo un terzo che fa riferimento al livello micro (Cepiku, Meneguzzo, 2004). Di conseguenza, le performance di un *network* andrebbero rilevate e valutate con riferimento all'impatto

sulla comunità locale, al funzionamento interno del *network* e ai benefici prodotti per i diversi partner. In questa linea si esprimono anche Klijn *et al.* (2010) quando parlano di *content performance* e *process performance* del *network*. Il primo racchiude l'impatto complessivo del *network* mentre il secondo raggruppa le attività di collegamento e la qualità dell'interazione tra gli attori.

Si è già accennato alla lacuna riguardante le funzioni di *network management* in generale e quelle di pianificazione strategica e programmazione e controllo in particolare. Governo e gestione strategica della rete – visti come insiemi di sistemi, processi e strumenti – differiscono, infatti, in modo significativo dal governo e dalla gestione di singole amministrazioni, agenzie e aziende pubbliche. Occorre quindi ripensare i ruoli direzionali, il management strategico, la programmazione e il controllo, la misurazione e la gestione delle performance, i sistemi informativo-contabili e di *reporting* delle reti, identificate anche come situazioni caratterizzate da «no bosses, many players» (Agranoff, 2003, p. 11).

Le performance a ogni livello (macro, meso e micro) fanno riferimento a *stakeholder* specifici e sono identificabili a partire da criteri diversi (Provan, Milward, 2001). Tuttavia, sono al contempo presenti elementi che rendono le performance dei tre livelli interdipendenti tra di loro.

La valutazione delle performance della rete a livello macro mira a evidenziare il vantaggio comparato di questa formula istituzionale rispetto a altre possibili per definire le medesime politiche ed erogare gli stessi servizi. A livello macro, dovrebbe operare un sistema per la misurazione dell'impatto del *network* sulla società in generale. Questo sistema di misurazione può essere collocato presso una delle aziende partner, a livello sovraordinato negli organi direzionali del *network* stesso oppure presso un ente sovraordinato finanziatore o regolatore. Tipicamente, a questo livello, vengono identificati e coinvolti le seguenti categorie di *stakeholder*: associazioni di utenti, livello politico, opinione pubblica, ecc. Le dimensioni di performance al centro dell'attenzione comprendono efficienza, efficacia, qualità, impatto sul capitale sociale, benessere, ecc. (*ibid.*).

A livello meso, la misurazione delle performance attiene perlopiù alla valutazione

del raggiungimento degli obiettivi del *network* e ha delle implicazioni sulle logiche di *network management* adottate. Il sistema di misurazione delle performance può essere collocato presso una delle aziende partner qualora il *network* sia caratterizzato da una «capogruppo», a livello sovraordinato negli organi direzionali del *network*, o presso un ente sovraordinato. I portatori di interesse a cui fa riferimento questo livello sono perlopiù le aziende partner ma anche gli organi di direzione del *network* e altri livelli di governo. Tipicamente le dimensioni di performance rilevate sono (l'accresciuto) supporto esterno, la crescita del *network*, il numero di servizi erogati, l'assenza di duplicazioni e la creazione di sinergie, l'efficienza delle attività amministrative del *network*, l'impegno delle aziende partner verso le finalità del *network*, il miglioramento delle relazioni tra le aziende partner, ecc. (*ibid.*).

Infine, a livello micro, il manager di ogni azienda partner valuta la convenienza per la propria istituzione a continuare a far parte del *network* (Cepiku, Meneguzzo, 2004). Coerentemente, il sistema di *performance management* si colloca in staff al vertice dell'azienda partner e si relaziona con *stakeholder* quali gli organi direzionali dell'azienda, il personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc. Tra le molteplici dimensioni di performance che vengono rilevate si possono menzionare la legittimazione dell'azienda, la capacità di acquisire risorse aggiuntive, il costo dei servizi, l'accessibilità dei servizi, l'*outcome* per gli utenti, la capacità di sopravvivenza dell'azienda, ecc. (*ibid.*) (tabella 1).

Da questa breve trattazione dei diversi aspetti della performance (dimensioni, ambiti e *stakeholder*), emerge anche la rilevanza di sistemi di pianificazione, programmazione e controllo. La loro presenza è imperativa sia a monte – quando si definiscono gli obiettivi della rete e delle aziende partner e si identificano gli *stakeholder* – sia a valle, ossia nel momento in cui le informazioni sulle performance sono rese disponibili al *network manager* e ai rappresentanti delle diverse organizzazioni per essere utilizzate nei processi decisionali. Infatti, nella letteratura sul *network management* e sui gruppi pubblici (Longo, 2005), si usa identificare come funzionali a un sistema di *performance management*, tra gli altri, gli strumenti di

pianificazione strategica e infrastrutturale e gli strumenti di programmazione e controllo. I primi includono gli stessi elementi e caratteristiche di processo delle strategie aziendali ma si è in presenza di pianificazione strategica integrata di rete quando la funzione è volta a generare connessione e a evidenziare il vantaggio competitivo della rete.

Gli strumenti di programmazione e controllo, invece, non interessano tutti gli ambiti di azione aziendale e di rete e variano a seconda del tipo di rete e della collocazione organizzativa del sistema di programmazione e controllo integrato. Presso la struttura sovraordinata preposta al *network management*, questi strumenti sono volti alla valutazione delle performance e dell'equilibrio economico-finanziario per influenzare i confini della rete e/o l'allocazione delle risorse. A livello di committente si utilizzano a supporto delle decisioni riguardanti il rinnovo dei contratti, le decisioni di finanziamento, gli incentivi ai produttori. Presso l'amministrazione pivotale svolgono un ruolo di *moral persuasion*, mentre qualora presenti in forma diffusa mirano a esercitare un controllo sociale della rete e un allineamento delle percezioni.

Tabella 1

Modello teorico di valutazione delle performance dei *network* di interesse generale

Fonte: Ns adattamento da Provan, Milward (2001)

5. La rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione (REHA TICINO)

5.1. La rete e il sistema di *network management*

REHA TICINO è una rete di recente costituzione che prende avvio nel 2000 dalla

collaborazione tra l'Ospedale di Locarno (struttura per acuti parte dell'Ente ospedaliero cantonale) e la Clinica privata Hildebrand; collaborazione inizialmente limitata alla fisioterapia. La *partnership* si espande nel tempo dapprima condividendo alcuni servizi e funzioni (qualità e igiene), per poi approfondire due percorsi clinici (pazienti con protesi all'anca e pazienti colpiti da ictus). La fisioterapia viene affidata dall'Ospedale in *outsourcing* alla Clinica e, più recentemente, la collaborazione si espande fino a includere la riabilitazione *tout court*.

REHA TICINO nasce nel 2007 dalla formalizzazione dell'alleanza strategica tra l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e la Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago (CRB). In particolare, le strutture che fanno parte della rete sono la Clinica di riabilitazione di Novaggio, il servizio di riabilitazione di Faido e il servizio di riabilitazione cardiologica dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona. In pratica, REHA TICINO raggruppa tutte le strutture e i servizi ai quali la pianificazione cantonale ha attribuito un mandato per la riabilitazione.

Si tratta della prima rete riabilitativa costituita in Svizzera tra pubblico e privato *non profit* con la finalità di porre rimedio alla frammentazione territoriale e di migliorare la continuità delle cure. Ad oggi, la rete conta su 175 posti-letto, diversi servizi di *day hospital* e oltre 400 collaboratori e cura ogni anno circa 2500 pazienti degenti. I collaboratori sono dipendenti delle strutture che aderiscono alla rete a cui è stata rivolta una

Livello di analisi	Categorie principali di <i>stakeholder</i>	Finalità perseguite attraverso il <i>network</i>	Dimensioni di performance misurate
Macro <i>Impatto sulla comunità di riferimento</i>	Associazioni e gruppi di <i>advocacy</i> di utenti / pazienti, vertice politico, opinione pubblica, ecc.	Vantaggio comparato della formula di rete	Efficacia clinica e strategica, costo per la comunità e impatto sul suo benessere generale, impatto sul K sociale, ecc.
Meso <i>Network</i>	Organi di direzione del <i>network</i> ed altri livelli di governo, aziende partner	Valutazione del processo di arricchimento e di realizzazione degli obiettivi del <i>network</i>	Efficacia strategica e operativa, efficienza del <i>network management</i> . N. di partner e di servizi, intensità delle relazioni, impegno membri, integrazione / duplicazioni / coordinamento
Micro <i>Azienda partner</i>	Organi direzionali dell'azienda, personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc.	Convenienza per la singola azienda a (continuare a) far parte del <i>network</i>	Legittimazione sociale e competitività dell'azienda partner, capacità di acquisire risorse aggiuntive, costo e qualità dei servizi, ecc.

indagine di clima. L'ambito di attività, definito nei mandati di prestazione, comprende la riabilitazione neurologica, muscolo-scheletrica e cardiologica. Nelle strutture della rete viene anche erogata la riabilitazione geriatrica e oncologica.

La collaborazione tra l'EOC e la Hildebrand avviene all'interno di una rete sanitaria di tipo informale, che si basa sul coordinamento delle azioni delle due organizzazioni sanitarie senza ancorare l'accordo a contratti complessi o all'integrazione proprietaria. In particolare, al fine di promuovere una gestione dei casi clinici coordinata, oltre al dialogo e alla presa in comune di decisioni cliniche tra i diversi specialisti, è stata importante la condivisione di protocolli e di linee guida (ad esempio, la Clinica Hildebrand utilizza il manuale di igiene ospedaliera dell'EOC), la promozione di momenti formativi comuni e l'esperienza di revisione di alcuni percorsi clinici (Greco, Vichi, 2007).

La collaborazione tra i due istituti si è intensificata anche dal punto di vista della gestione operativa: anche al fine di sfruttare delle interessanti economie di scala, il Centro di riabilitazione ha, infatti, affidato in modalità *contracting out* all'EOC alcuni servizi di supporto (ad esempio, dal 2004, il lavaggio della biancheria della Hildebrand è demandato alla lavanderia centralizzata dell'EOC con sede a Biasca); per la gestione di altri servizi, invece, vi è una strettissima collaborazione tra le due strutture (ad esempio, il servizio farmacia della Clinica Hildebrand fa capo a quello dell'EOC per la definizione dell'assortimento, l'acquisto dei farmaci e del materiale sanitario, la consulenza ai medici e il controllo della qualità del servizio tramite *audit*).

La forma di collaborazione più intensa è stata indubbiamente sviluppata con l'Ospedale di Locarno, favorita anche dalla vicinanza geografica tra le due strutture, e oggi declinata sia per la presenza dei professionisti della riabilitazione e della fisioterapia della Hildebrand presso la struttura per acuti, nei diversi ambiti di pertinenza (riabilitazione neurologica e muscolo-scheletrica, riabilitazione polmonare, consulenze geriatriche), sia per la presenza, presso la Hildebrand, di professionisti dell'Ospedale di Locarno (per i servizi di prevenzione infezioni e qualità), sia per momenti congiunti di formazione.

Inoltre, dal 2005, il servizio di riabilitazione dell'Ospedale è stato rilevato in toto dalla Clinica Hildebrand, con passaggio del personale dall'Ospedale alla Hildebrand (Greco, Vichi, 2007).

Per quanto riguarda l'assetto istituzionale di REHA TICINO, le aziende partner hanno deciso di istituire un *board* che, assieme a una convenzione, regola le attività di *network management* (figura 1).

Il *board* è organo permanente della rete riabilitativa REHA TICINO, diretto dal coordinatore della rete, nominato congiuntamente dalle due istituzioni firmatarie della convenzione (EOC e CRB). Fanno parte del *board* il coordinatore della rete, un responsabile clinico e uno amministrativo di ogni struttura parte dell'EOC e un responsabile amministrativo della Clinica Hildebrand.

Il *board* ha il compito di definire gli indirizzi e le linee direttive della rete, gli ambiti di collaborazione e le attività promosse dalla stessa, elaborare il *budget* annuale delle attività, approvare le attività, le linee guida e i progetti elaborati, sostenere le cliniche e i servizi facenti parte della rete nell'implementazione delle attività, delle linee guida e dei progetti elaborati.

Il coordinatore di rete dirige il *board* e coordina tutte le attività della rete. Tutti i costi derivanti da attività, progetti o altro della rete riabilitativa vengono assunti nella misura di 2/3 da parte dell'EOC e 1/3 da parte della Clinica Hildebrand (tabella 2).

Gli istituti firmatari della convenzione si impegnano, nel rispetto reciproco delle proprie aree di specializzazione, a promuovere la conoscenza del ruolo e delle potenzialità della riabilitazione. A tale scopo istituiscono delle relazioni permanenti e regolari fra loro per favorire il reciproco rafforzamento, anche sul piano della formazione e della ricerca.

5.2. Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance

I promotori e attuali vertici strategici del REHA TICINO hanno identificato nei vari documenti preparatori gli obiettivi e i benefici attesi della collaborazione. Ripercorrendo il *framework* teorico definito nel § 4, i benefici attesi a *livello macro* sono perlopiù quelli connessi a una maggiore competitività

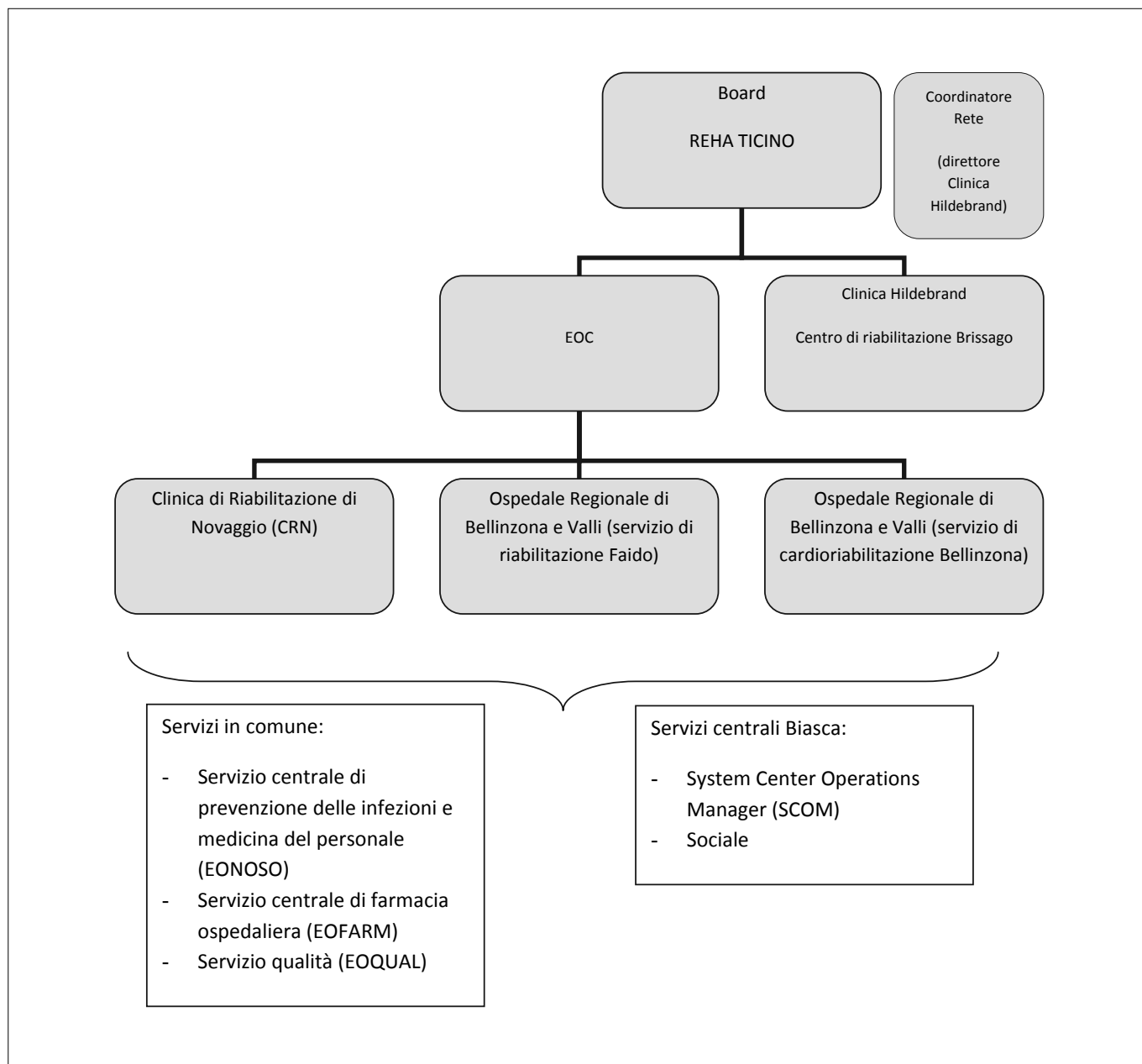


Figura 1
La macro-struttura della rete REHA TICINO

del settore della medicina riabilitativa ticinese a livello nazionale e internazionale. Un ulteriore obiettivo è quello di porre rimedio alla frammentazione territoriale e alla mancanza di una tempestiva «continuazione delle cure», associata alla consapevolezza che solo mettendo il paziente al centro di una rete realmente integrata sul piano operativo e sinergico fra specializzazioni del settore acuto e della continuità riabilitativa staziona-

ria e territoriale, si potrà favorire il recupero del paziente conciliando i grandi imperativi odierni come l'allocazione adeguata e controllata delle risorse, un controllo dei percorsi del paziente come pure una garanzia sulla qualità delle cure erogate.

Allo stato attuale, tuttavia, non sono state sviluppate misure dell'impatto del *network* sulla comunità di riferimento. Vale anche la pena notare che la misurazione degli *out-*

Campi di attività REHA TICINO	Istituti firmatari convenzione (EOC e CRB)	Coordinatore rete	Board rete	CRN/CRB/ORBV (Faido e Bellinzona)
GESTIONE STRATEGICA				
Pianificazione strategica rete	D	P		
Politica cure riabilitative (linee guida / protocolli comuni / concetti)	A	D	P	P
Nuova offerta servizi riabilitativi (nuovi modelli di presa in carico e di rimborso)	A	D	P	P
Modelli organizzativi	A	D	P	
GESTIONE CORRENTE				
Budget annuale	A	D	P	I
Qualità (politiche e metodologie di controllo e promozione comuni)	A	D	P	P
Formazione		A	P	P
Comunicazione e <i>marketing</i>		A	D	P
ICT	A	D	P	P
Legenda: A = Approva; D = Decide; P = Propone; I = Informato				

Tabella 2
Modello teorico.
Mappatura
delle responsabilità
REHA TICINO

come è ben più complessa di quella degli *output*, anche perché richiede un lasso di tempo più lungo per poter esplicitare il suo effetto (in questo caso miglioramento della competitività del settore e miglioramento dello stato di salute). Le ricadute, ad ogni modo da valutare nel medio-lungo periodo, sono ad oggi apprezzabili in termini di aumento dell'indice di attrazione da regioni italiane limitrofe, di miglioramento della qualità delle prestazioni (la presa in carico del paziente in fase acuta da parte del neuroriabilitatore permette, ad esempio, di impostare fin da subito un appropriato programma riabilitativo) e del flusso informativo tra tutti gli attori coinvolti (non da ultimo tra i professionisti del Centro di riabilitazione e i familiari dei pazienti, che vengono coinvolti già durante la fase di degenza in ospedale per acuti) (Greco, Vichi, 2007).

A livello *meso*, la formula istituzionale di *network* è stata identificata dalle aziende partner, ciascuna con le proprie offerte riabilitative (neuroriabilitazione, riabilitazione muscolo-scheletrica, cardiaca, geriatrica e oncologica), come la più adatta a creare sinergie, comprimere i costi sfruttando le economie di scala, facilitare l'introduzione

di protocolli terapeutici standardizzati e favorire la collaborazione e gli scambi tra la riabilitazione e il settore somatico acuto. Si tratta di una collaborazione utile a migliorare la gestione del processo clinico riabilitativo soprattutto nelle fasi post-acuta precoce e post-acuta. Un altro obiettivo è quello legato all'aggiornamento professionale continuo e coordinato – a livello di *network* – del *pool* medico, infermieristico e terapeutico. Infine, mediante la definizione di una modalità di codifica comune di tutti i documenti utilizzati dalle diverse strutture appartenenti alla rete e la definizione di un processo condiviso per la gestione della documentazione, si mira a uniformare le modalità di tenuta e trasmissione delle informazioni tra i partner della rete.

Un indicatore delle performance a questo livello è costituito dal numero di mandati di prestazione per l'erogazione di servizi di cura/riabilitazione attribuiti dal livello cantonale.

Altre dimensioni di performance monitorate a questo livello includono la qualità percepita dall'utente e dal personale mediante la realizzazione di due indagini, una di soddisfazione (rivolta agli utenti di tutte

le strutture che fanno parte della rete) e una di clima (rivolta al personale del *network*). Attraverso queste analisi si valutano da un lato, gli aspetti del servizio e della cura che necessitano di un miglioramento dal punto di vista del paziente, e dall'altro, le aspettative del personale al fine di migliorarne la soddisfazione. Entrambe le dimensioni sono monitorate anche a livello di aziende partecipanti che perseguono per lo più la finalità di una comparazione nel tempo delle performance in termini di soddisfazione dei pazienti e del proprio personale.

Sempre a livello meso, è oggetto di valutazione l'efficienza delle attività di *network management*, con particolare riguardo alle attività amministrative e di comunicazione.

A livello micro,¹ il label «REHA TICINO» è inteso quale marchio di qualità volto a distinguere i componenti della rete da altre strutture riabilitative. Mediante le funzioni basilari classiche di ogni marchio – riduzione del rischio, identificazione e aiuto alla selezione – la rete si prefigge di porre rimedio al problema dell'asimmetria informativa, molto diffuso sul mercato della salute. Infatti, nonostante la pianificazione ospedaliera definisca chiaramente obiettivi e attività specifiche di ciascuna struttura, esiste ancora

confusione tra quanto proposto dagli istituti di riabilitazione riconosciuti e quanto offerto dagli istituti di media lunga degenza.

Il rapporto tra le due strutture costituisce un'alternativa strategica per assicurare una gamma completa dell'offerta di determinati servizi ai pazienti della regione locarnese, attraverso il collegamento dei processi operativi dei due istituti, al fine di conseguire contemporaneamente elevati livelli di qualità, di contenere i costi e di garantire integrazione e continuità del processo assistenziale. La collaborazione consente, ad esempio, di condividere e rendere fruibile un patrimonio di conoscenze, professionalità e *know how* tra le due aziende partner. Tale modello rappresenta, inoltre, la soluzione idonea a garantire la flessibilità e l'autonomia di azione delle due organizzazioni e, al tempo stesso, a mantenere un'unitarietà di indirizzo utile ai due attori, uno pubblico, l'altro privato (Greco, Vichi, 2007) (tabella 3).

L'appartenenza della Clinica Hildebrand al *network* ha permesso alla stessa di ampliare l'integrazione verticale con le istituzioni poste a monte del processo di cura/riabilitazione del paziente, ciò è avvenuto mediante l'apertura, presso alcuni ospedali per acuti, di un servizio specialistico di neuropsicologia e logopedia e di un servizio di riabilitazione.

Tabella 3

La valutazione delle performance della rete REHA TICINO

Livello di analisi	Categorie principali di stakeholder	Finalità perseguite attraverso il network	Dimensioni di performance misurate
Macro <i>Impatto sulla comunità di riferimento</i>	Cantone	Rafforzamento della competitività del settore riabilitativo Riduzione della frammentazione territoriale	N.D.
Meso <i>Network REHA TICINO</i>	Board REHA TICINO	Sinergie Introduzione di protocolli terapeutici standardizzati Integrazione riabilitazione e settore somatico acuto Miglioramento gestione processo clinico riabilitativo Aggiornamento professionale coordinato Processo condiviso gestione della documentazione	Monitoraggio di alcuni indicatori chiave (prevalentemente clinici) in ottica di <i>benchmarking</i> e attività di diffusione delle innovazioni N. di mandati di prestazione attribuiti dal livello cantonale Qualità percepita dagli utenti (indagine di <i>customer satisfaction</i>) Qualità percepita dal personale (indagine di clima) Efficienza delle attività di <i>network management</i>
Micro <i>Clinica Hildebrand</i>	Organi direzionali della Clinica	Qualità e riduzione dei costi Competitività Specializzazione e integrazione verticale Legittimazione sociale	N. di pazienti presi a carico in ospedale Monitoraggio di due percorsi del paziente (paziente colpito da ictus e paziente sottoposto ad intervento di protesi dell'anca) attraverso la <i>Balanced Scorecard</i> Indagine di clima organizzativo del personale Indagine di soddisfazione dei pazienti

Rispetto a questa dimensione i benefici di appartenenza al *network* vengono monitorati in termini di numero di pazienti presi a carico in ospedale.

In particolare, l'adesione della Clinica al *network* ha permesso di definire ulteriormente il suo ruolo all'interno del panorama della riabilitazione ticinese. Infatti, oltre a una legittimazione legale, attribuita per effetto dei mandati di prestazione (neurologica e muscolo-scheletrica), la Clinica ha in questo modo ottenuto una legittimazione sociale del suo operato.

Di recente, la Clinica Hildebrand si è dotata di un sistema per il monitoraggio di due percorsi del paziente (il percorso del paziente colpito da ictus e il percorso del paziente sottoposto a intervento di protesi dell'anca). Si tratta di un sistema basato sulla logica della *balanced scorecard* che, mediante una serie di indicatori di processo, esito, gestione del rischio ed economici, permette al management di monitorare accuratamente non solo il processo interno di riabilitazione del paziente, ma anche come questo si interfaccia con l'esterno e, in particolare, con i partner del *network*. A questo livello, esistono anche due indagini di clima organizzativo e di *customer satisfaction*, come già accennato.

6. L'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta-Centro della Regione Toscana

6.1. La rete e il sistema di *network management*

In Regione Toscana, la legge di riordino delle norme per l'organizzazione del Ssr (L.R. Toscana n. 22/2000) aveva identificato nell'Area Vasta «la dimensione operativa a scala interaziendale [...] ottimale per atti di concertazione» attribuendo alla stessa la funzione di programmazione. In questo contesto, sono state individuate tre aree vaste e per ciascuna di esse è stato istituito un consorzio (Consorzio di Area Vasta, CAV) cui aderivano tutte le aziende sanitarie pubbliche dell'area, con un mandato inizialmente focalizzato sulla gestione dei processi di approvvigionamento, ma estendibile anche ad altre funzioni di supporto (Del Vecchio, Rossi, 2004).

Dopo un biennio di sperimentazione, che ha portato a consistenti risparmi di gestione e sviluppo di nuove sinergie, il Consiglio regionale ha valutato positivamente l'esperienza consortile e ha stabilito, all'art. 100 della legge regionale n. 40 del 24/02/2005 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), il potenziamento del ruolo dei Consorzi trasformandoli in Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (Estav). Si tratta di enti del Servizio sanitario regionale dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale. Con D.G. reg. n. 1021 del 17/10/2005 i nuovi soggetti sono a tutti gli effetti subentrati ai CAV nell'esercizio delle funzioni che fino a tale data erano a questi attribuite, prevedendo un graduale trasferimento delle funzioni previste dalla L.R. n. 40/2005. Concretamente, agli Estav sono state attribuite prima tutte le funzioni relative agli acquisti di beni e servizi trasferendo, assieme al personale, tutte le competenze delle aziende sanitarie in materia di effettuazione delle gare di appalto e realizzando, in tal modo, gli acquisti unificati nell'ambito dell'Area Vasta. Successivamente si è proceduto con l'attribuzione ai nuovi enti delle funzioni relative all'intero processo logistico di supporto, con la gestione centralizzata in ambito di Area Vasta sia degli acquisti che dello stoccaggio e distribuzione di tutti i beni di consumo.

La Regione Toscana, con l'obiettivo di ridurre la spesa e l'esigenza di migliorare la qualità dei prodotti/servizi erogati, ha cercato di identificare un percorso e delle soluzioni specifiche per le aziende sanitarie,² individuando nell'area vasta interaziendale il livello appropriato di programmazione dell'attività e di regolazione degli scambi economici tra le aziende del Servizio sanitario regionale. Questa scelta si evince anche dal Piano sanitario regionale 2008-2010 in cui si esplicita la necessità di strumenti che si basino su standard sugli acquisti, che utilizzino la tecnica del confronto per far emergere le *best practice* e che siano di tipo multidimensionale.

Il modello adottato in Regione Toscana si caratterizza per la presenza di una pluralità di istituti autonomi in un contesto in cui vi sono poteri che si influenzano reciprocamente e dove è necessaria la costruzione di fidu-

cia reciproca e la ricerca di sinergie (Longo, 2005). Per la costruzione di tale rapporto fiduciario giocano un ruolo importante i processi di condivisione (nella definizione, ad esempio, della tempistica e dei documenti programmatici, nella definizione degli indicatori e della metodologia di calcolo per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello interaziendale) (Barretta, Busco, 2004).

In questo quadro, gli Estav assolvono una funzione di supporto/fornitore di servizi alle aziende partner alle quali competono gli aspetti gestionali (individuazione dei fabbisogni, programmazione e monitoraggio dei servizi ricevuti). Viene, invece, attribuita a ogni singola Area Vasta la funzione strategica di pianificazione interaziendale in coerenza con gli indirizzi del Piano sanitario (Fabbri, 2009).

A ciascun Estav della Regione Toscana è stato attribuito il mandato di valenza regionale di ridisegnare le funzioni trasferite secondo nuovi modelli organizzativi che presuppongono l'attuazione di politiche di area vasta ispirate a principi di innovazione organizzativa, gestionale e tecnologica. Tali finalità richiedono una stretta collaborazione con le aziende dell'area vasta.

Gli Estav hanno personale proprio, possono contare su finanziamenti assegnati dalla Regione a carico del Fondo sanitario regionale, oltre che sul pagamento di fatture attive emesse nei confronti delle aziende sanitarie di riferimento per la consegna di farmaci, dispositivi medici e beni economici, disegnano la propria organizzazione in apposito regolamento generale prevedendo uffici e settori necessari per acquisire e gestire informazioni (sistema informativo, controllo di gestione, ecc.).

Le relazioni hanno una natura abbastanza formale; il principale snodo delle stesse è collocato all'interno del Consiglio direttivo, composto dai Direttori generali delle Aziende sanitarie incluse nella corrispondente area vasta. L'assetto attuale non prevede che ci sia un'azienda capofila.

L'utilizzo di un caso come quello dell'Estav ha comportato una riflessione sulla presenza di alcune caratteristiche che potrebbero renderlo più simile a un gruppo pubblico piuttosto che a un *network*. Non si ritiene, tuttavia, che la mancanza di volonta-

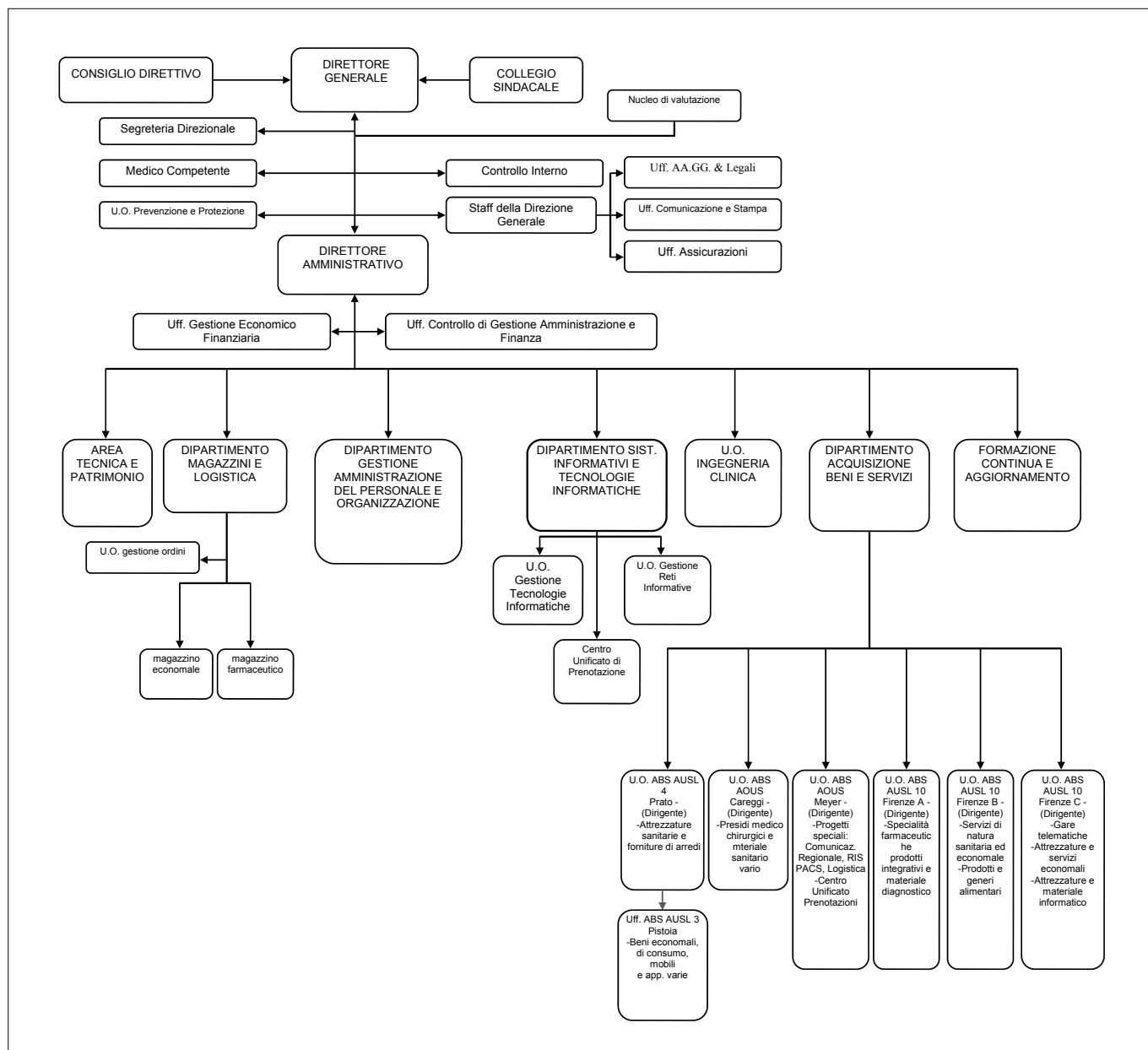
rietà nel momento dell'istituzione dell'Estav sia sufficiente a escluderlo dalla categoria dei *network*. Questo in ragione del fatto che l'efficacia del *network* dipende non solo e non tanto dalle scelte della capogruppo, ma anche dall'adesione dei *professional* (medici). Del resto, gli Estav presentano, a parità di mandato istituzionale, livelli di performance diversi. È plausibile attribuire alle differenze in termini di qualità del *network management* e della struttura sovraordinata parte del differenziale di performance, rendendo gli Estav una fattispecie di rete utile ai fini di questo studio (cfr. anche Barretta *et al.*, 2010). Inoltre, gli Estav godono di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e gli è stata attribuita la funzione strategica di pianificazione interaziendale (figura 2).

Il sistema di valutazione delle performance dell'Estav Centro svolge le proprie funzioni per conto delle aziende unità sanitarie locali n. 3 Pistoia, n. 4 Prato, n. 10 Firenze, n. 11 Empoli e le Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi e Meyer di Firenze. I suoi organi, come per tutti gli Estav, sono il Direttore generale, il consiglio direttivo e il collegio sindacale. Al Direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'Estav. Il consiglio direttivo è composto dai Direttori generali delle aziende sanitarie incluse nella corrispondente area vasta; esso approva i bilanci aziendali e il programma di attività.

In quanto Estav, è competente in materia di: approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione e alla organizzazione del centro unificato di prenotazione (Cup); gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale; gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.³

6.2. Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance

La creazione degli Estav, come già anticipato, nasce su impulso della regione



Toscana ed è volta a razionalizzare e ottimizzare le funzioni gestionali non sanitarie. Questo mandato è stato interpretato dalla Direzione dell'Estav Centro, che ha individuato come propria *mission* la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali come risorsa strategica e condizione essenziale per migliorare la qualità delle attività.

A livello regionale esiste una programmazione interaziendale di area vasta. Il comitato

di ciascuna area vasta, composto dai direttori generali delle aziende facenti parte dell'area e dal direttore generale dell'Estav, elabora tutti gli atti destinati alla programmazione sanitaria a livello locale. Tali atti sono sottoposti al controllo della Giunta regionale per la conformità al Piano sanitario regionale, affinché gli obiettivi e le indicazioni fissate nel Piano stesso siano rispettate e sviluppate negli atti di programmazione a livello locale.

Figura 2
La macro-struttura dell'Estav Centro

Gli obiettivi perseguiti da questo tipo particolare di *network* sono molteplici e si distribuiscono su diversi livelli (Fabbri, 2009).

A *livello macro*, la costituzione degli Estav persegue l'obiettivo di razionalizzazione e ottimizzazione delle funzioni non sanitarie di *back office*, mettendo le aziende sanitarie in grado di disporre di centri servizi moderni ed efficienti, e l'obiettivo di rafforzare la posizione contrattuale.

A *livello meso*, gli obiettivi principali sono quelli di valorizzazione delle professionalità per accrescere la forza contrattuale e le competenze specialistiche (specie di quelle dedicate alla funzione approvvigionamenti), di miglioramento della qualità delle funzioni associate e (obiettivo intermedio) di codifica unica dei beni sanitari ed economici e la possibilità di adottare repertori farmaci, dispositivi medici di area vasta, ecc.

A *livello micro*, la nascita dell'Estav Centro si è scontrata con diverse condizioni di partenza delle aziende partner, dalle quali è conseguito un ordine di priorità degli obiettivi diversificato (miglioramento della qualità e riduzione dei costi). In altri termini, alcune aziende vedevano la rete come uno strumento per ridurre i costi, mentre altre erano più sensibili alla qualità dei beni e servizi acquistati e ai tempi di approvvigionamento. Il contemperamento degli interessi è avvenuto specialmente in sede di Consiglio direttivo, organo che riunisce i vertici di tutte le aziende partner. La natura formale e obbligatoria della rete ha reso ancora più importanti il buon funzionamento di questi meccanismi di comunicazione tra Estav Centro e aziende partner, essendo impraticabile l'opzione di *exit*.

I benefici attesi dai diversi partner includono: la realizzazione di economie di scala attraverso la razionalizzazione e la standardizzazione dei contratti di fornitura e di manutenzione, il miglioramento qualitativo dei servizi di assistenza e ottimizzazione dei costi in un sistema di area vasta, il recupero di risorse umane da destinare ad attività a più alto valore aggiunto, lo sviluppo di una maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori, grazie alla capacità progettuale e alla specializzazione del personale interno, all'unificazione dei contratti a livello sovra-aziendale, alla realizzazione di servizi comuni (ad esempio i flussi regionali), alla promo-

zione in area vasta di progetti strategici di innovazione, ricerca e sviluppo.

Per quanto riguarda i portatori di interesse presenti nei diversi livelli, dalle interviste è emerso che l'Estav Centro riconosce un ruolo forte alle aziende sanitarie, che identifica come *stakeholder* chiave, oltre naturalmente alla Regione. Una percezione di minore intensità è stata registrata con riferimento agli *stakeholder* esterni (livello macro), anche se, come si avrà modo di illustrare in seguito, questi vengono, di fatto, considerati dal sistema di *performance measurement* assieme ai dipendenti (livello micro). In particolare, gli Estav interagiscono, nello svolgimento delle proprie funzioni, con alcune associazioni di utenti portatori di patologie particolarmente invalidanti (associazioni dei diabetici o colostomizzati) che indirettamente hanno la percezione delle performance dell'Estav e possono valutare l'efficacia, l'efficienza e la qualità del servizio reso e dei beni consegnati. A livello macro, è, inoltre, misurabile l'impatto del *network* sui fornitori e le imprese e sul mercato in generale (concorrenzialità, trasparenza, ecc.). Ad esempio, uno degli indicatori di tale impatto è dato dal livello di contenzioso che coinvolge l'Estav Centro.

La misurazione delle performance degli Estav segue un modello generale definito dalla giunta regionale in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola di Studi Superiore Sant'Anna di Pisa. Si rinvia a Vanieri *et al.* (2009) per una descrizione generale del sistema, mentre in questo contributo si utilizzerà il *framework* teorico definito nel § 4 per leggere l'esperienza dell'Estav Centro.

Il sistema di valutazione delle performance è stato ideato quale strumento a supporto della programmazione regionale. Tuttavia, è possibile identificare in esso tutti e tre i livelli fondamentali del modello teorico di valutazione multilivello delle performance (dati maggio 2009).⁴

A *livello macro*, il *focus* della misurazione è sulla capacità di perseguimento degli orientamenti regionali. Non troviamo invece misure dirette delle altre dimensioni dell'impatto del *network*, quale il rafforzamento della posizione contrattuale o l'impatto sui livelli di concorrenzialità del mercato.

A *livello meso*, sono monitorate le diverse performance del *network*, seppur con un'at-

tenzione sbilanciata a favore delle misure economico-finanziarie.

A *livello micro*, sono misurati i risparmi di costo conseguiti per la singola azienda partner. Viene, inoltre, misurata la qualità percepita dalle aziende sanitarie, mentre non troviamo una misurazione della qualità erogata.

Le dimensioni della qualità percepita dei servizi dell'Estav Centro che vengono rilevate riguardano la qualità dei servizi acquisti e logistica (rilevati a partire dai dirigenti delle aziende dell'area vasta), la valutazione dello scambio delle informazioni (rilevata a partire dal *top management* delle aziende stesse) e i tempi di approvvigionamento (rilevati a partire dalle percezioni sia dei dirigenti sia del *top management*).

Il sistema di valutazione delle performance adottato in Regione Toscana, in particolare degli Estav, essendo ancora in una fase di sperimentazione, non consente di chiarire in che misura le dimensioni di performance rilevate ai diversi livelli possano essere tradotte in reali meccanismi di funzionamento. Si tratta di un sistema che ad oggi fornisce informazioni utili per un confronto e per incentivare gli stimoli al miglioramento. La finalità a cui tende finora il sistema è quella di sviluppare un circolo virtuoso in cui la diffusione delle informazioni promuove la fiducia, la trasparenza e il dialogo che permettono lo sviluppo di nuove relazioni di collaborazione che, a loro volta, permettono di sviluppare ulteriori conoscenze e informazioni.

Questa esigenza è stata espressa anche dagli attori intervistati che hanno auspicato per il futuro una maggiore utilizzazione delle informazioni derivanti dalla valutazione delle performance nei processi decisionali (**tabella 4**).

7. Discussione e conclusioni

La ricerca affronta un ambito particolarmente lacunoso – la misurazione delle performance delle reti – e lo fa proponendo un modello teorico di valutazione delle performance dei *network* di interesse generale che si sviluppa su tre livelli: macro, meso e micro. La necessità di porre l'attenzione anche a un livello esterno e a uno intermedio nasce dalla natura stessa di questi *network*. In altri termini, il perseguimento di un interesse ge-

nerale non può limitarsi alla valutazione dei benefici e della convenienza a collaborare per le singole aziende partner, ma deve tenere in considerazione anche l'impatto (previsto o indesiderato) sull'ambiente circostante e sulle altre aziende pubbliche e private.

Il modello è stato utilizzato per interpretare due casi studio di *network*, entrambi operanti nel settore sanitario ma differenti sotto più aspetti. Il primo caso è rappresentato da una rete di cliniche di riabilitazione del Canton Ticino ed è caratterizzato da una eterogeneità di interessi (Longo, 2005), derivanti dalla natura mista pubblica e privata *non profit* dei partner. Inoltre, a differenza del secondo caso studio, il REHA TICINO è caratterizzato dalla volontarietà della collaborazione che nasce dall'esigenza dei partner di migliorare la propria posizione competitiva. Il secondo caso studio, l'Estav Centro Toscana, nasce su impulso della Regione e raggruppa solo aziende sanitarie pubbliche. A differenza del REHA, l'oggetto della collaborazione sono le funzioni di *back-office* piuttosto che i servizi di cura e assistenza sanitaria.

Entrambe le reti operano attraverso una sovrastruttura che comprende personale proprio e definisce una propria programmazione. Nel caso REHA si ha però un'azienda capofila (la clinica Hildebrand), mentre nel caso Estav l'ente accentra su di sé, in via esclusiva, tutte le funzioni di supporto tecnico-amministrativo, indicate dalla normativa regionale, e le aziende svolgono su base paritaria le attività sanitarie connesse alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Per quanto riguarda la guida dei *network*, nel caso Estav si nota un'influenza molto forte della Regione, sia nell'attribuire gli obiettivi sia nel definire le misure di performance. Nel caso REHA, il cantone esercita un ruolo di regia «soft» che si basa sul numero di mandati per la riabilitazione assegnati, nell'ambito della pianificazione, alle diverse strutture presenti sul territorio.

Entrando nel merito dei sistemi di *performance management*, si nota in entrambi i casi una sostanziale difficoltà a misurare gli *outcome* delle reti, notoriamente dimensioni complesse di misurazione. Nel caso del REHA TICINO, nonostante la chiara esplicitazione di due obiettivi – rafforzamento della competitività del settore riabilitativo e riduzione della frammentazione territoriale – non

Livello di analisi	Categorie principali di stakeholder	Finalità perseguite attraverso il network	Dimensioni di performance misurate
Macro <i>Impatto sulla comunità di riferimento</i>	Consiglio regionale Associazioni di utenti / pazienti Fornitori e imprese Mercato	Razionalizzazione e ottimizzazione delle funzioni non sanitarie di <i>back office</i> (centri servizi moderni ed efficienti) Rafforzamento della posizione contrattuale	Capacità di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati: – <i>Integrazione e organizzazione del Cup di area vasta nei tempi previsti</i> – <i>Trasferimento della funzione «Procedure concorsuali per il reclutamento del personale» nei tempi previsti</i> – <i>Trasferimento della funzione «Pagamento delle competenze del personale» nei tempi previsti</i> – <i>Trasferimento della funzione «Logistica»</i> – <i>Redazione listino prezzi per i beni in magazzino e prontuario per DM</i> – <i>Flusso informativo</i>
Meso <i>ESTAV-Centro Toscana</i>	DG; consiglio direttivo; collegio sindacale; direttore amministrativo Comitato di area vasta	Valorizzazione e professionalizzazione del personale (specie di quello dedicato alla funzione approvvigionamenti) Miglioramento della qualità delle funzioni associate Codifica unica dei beni	Efficienza ed efficacia operativa: – <i>Tempo medio di procedura per gli acquisti/servizi (solo per gare sotto soglia)</i> – <i>% di intermediazione sugli acquisti</i> – <i>Razionalizzazione rimanenze AV</i> – <i>Numero magazzini 2008/Numero magazzini 2007</i> – <i>Spese in economia</i> – <i>Pervasività dell'azione della funzione acquisti</i> Equilibrio reddituale, monetario, finanziario e patrimoniale e sostenibilità economica: – <i>Equilibrio economico generale</i> – <i>Economie conseguite dall'Estav Centro sul totale aggiudicato</i> – <i>Incidenza costo logistica</i> – <i>Costo del personale per funzione logistica</i> – <i>Produttività del personale</i> – <i>Equilibrio Economico Finanziario</i> – <i>Budget</i> Livello di soddisfazione del personale: – <i>Tasso di risposta all'indagine di clima</i> – <i>Valutazione del top management</i> – <i>Condizioni di lavoro</i> – <i>La mia azienda</i> – <i>Comunicazione e informazione</i> – <i>Turn over dipendenti</i> – <i>Formazione</i> – <i>Tasso di assenza</i>
Micro <i>Aziende partner</i>	Comitato di area vasta Dirigenti di struttura complessa	Miglioramento della qualità e riduzione dei costi Maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori Promozione in area vasta di progetti strategici di innovazione, ricerca e sviluppo	Valutazione esterna da parte degli utilizzatori (top e middle management delle aziende sanitarie) dei servizi erogati dall'Estav: – <i>Percezione della qualità dei servizi dell'Estav Centro dei dirigenti delle aziende dell'AV</i> – <i>Percezione della qualità dei servizi dell'Estav del top management delle aziende dell'AV</i>

Tabella 4

La valutazione delle performance della rete Estav Centro Toscana

sono state ancora definite delle misure operative. Nel caso Estav Centro, raggruppando questa rete funzioni di *back-office*, l'impatto sullo stato di salute della popolazione è stato volutamente rimosso dal sistema di valutazione, in quanto gli Estav sono enti a supporto delle aziende sanitarie, solo indirettamente responsabili nel contribuire alle politiche e alla erogazione di servizi sanitari.

A livello meso e micro troviamo, invece, una situazione maggiormente definita. In particolare, il REHA TICINO si è cimentato nella misurazione dell'efficacia del *network*

(attraverso il numero di mandati di prestazione attribuiti dal livello cantonale) e della efficienza delle attività di *network management* (oltre a misurare qualità dei servizi e il clima organizzativo del personale del *network*). Estav Centro si concentra maggiormente sulla misurazione dell'efficienza e dell'efficacia operativa (attraverso la stima del tempo medio di procedura per gli acquisti/servizi, il livello possibile di razionalizzazione delle rimanenze, il costo del personale per funzioni logistiche, oltre a misurare il livello di soddisfazione del personale). A livello micro,

la clinica Hildebrand monitora attraverso la BSC due percorsi chiave del paziente, nonché il cambiamento nel numero di pazienti della clinica per effetto della partecipazione al *network*. Anche in questo livello sono presenti indagini di clima organizzativo e *customer satisfaction*. Estav Centro monitora la percezione della qualità dei servizi da parte degli utilizzatori dei servizi erogati (*top* e *middle management* delle aziende sanitarie).

Infine, la *review* della letteratura e l'analisi comparata dei casi studio portano a identificare alcuni aspetti particolarmente critici nella misurazione delle performance dei *network* di interesse generale e consentono di formulare alcune indicazioni operative.

L'ampiezza (*span*) dei sistemi di *performance management* dovrebbe includere tre ambiti trascurati, seppur di difficile misurazione:

– il *valore prodotto nel lungo periodo* nei confronti del sistema socioeconomico di riferimento (Moore, 1995);

– l'*impatto atteso della rete ma anche gli effetti collaterali*, intenzionali e accidentali, positivi e negativi (Monteduro, Hinna, 2006);

– la *fiducia tra gli attori* (sia partner che collaborano nella rete sia tra diversi livelli di governo): la fiducia svolge un duplice ruolo in quanto, a parità di *output*, migliora gli *outcome*; ed elevati livelli di fiducia consentono di prelevare una maggiore quantità di *input* (Bouckaert, Halligan, 2009; Klijn *et al.*, 2010).

La misurazione di queste dimensioni, nonché la qualità, la completezza delle informazioni e l'utilizzo delle informazioni sulle performance nei processi decisionali dei diversi attori (amministrazione sovraordinata, *network manager*, aziende partner), potrebbe rafforzare l'utilizzo nella presa di decisioni strategiche e operative (Van Dooren, Van de Walle, 2008).

Ringraziamenti

Si ringraziano, per la loro preziosa collaborazione, Gianni Rossi, coordinatore della rete REHA TICINO e direttore della Clinica Hildebrand, Angela Greco, responsabile qualità dell'Ospedale Regionale di Locarno e di REHA TICINO, Monica Piovi, direttore amministrativo dell'ESTAV-Centro, Toscana e Tito Berti, direttore del Dipartimento Giuridico e risorse umane dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Questa versione dell'articolo ha, inoltre, beneficiato dei commenti ricevuti al Convegno AIES 2009 e al Workshop Azienda Pubblica 2010

Note

1. Si adotta, a questo livello, la prospettiva della Clinica Hildebrand.
2. La Regione Toscana deve, infatti, fare i conti con realtà sanitarie aziendali molto diversificate che richiedono la ricerca di soluzioni gestionali che tengano conto delle diversità strutturali e territoriali fra gli ambiti delle tre Aree Vaste (Nord Ovest, Centro, Sud Est).
3. Secondo quanto fissato dall'art. 101 della L.R. n. 40/2005, e s.m. e int.
4. Tra le fonti informative ci sono i *business plan* e i flussi aziendali, i dati di bilancio, le indagini CAWI a dirigenti e *top management* delle aziende sanitarie, a dipendenti dell'Estav Centro.

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

AGRANOFF R. (2003), *Leveraging networks: a guide for public managers working across organizations*, IBM Endowment for The Business of Government.

ARCARI A.M. (1996), *Il coordinamento e il controllo nelle organizzazioni a rete*, Egea, Milano.

BARRETTA A., BUSCO C. (2004), «Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una cultura d'area vasta», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 71-92.

BARRETTA A., BUSCO C., GEPPONI A. (2010), «Il controllo delle relazioni interorganizzative nei network sanitari obbligatori», paper presentato al IV Workshop

Nazionale di Azienda Pubblica, 25-26 marzo 2010, Roma.

BERRY F.S., BROWER R.S., OK CHOI S., GOA W.X., JANG H.S., KWON M., WORD J. (2004), «Three traditions of network research: what the public management research agenda can learn from other research communities», *Public Administration Review*, n. 64/5.

BINGHAM L.B., O'LEARY R. (2007), *A manager's guide to resolving conflicts in collaborative networks*, IBM Business of Government, Networks, Collaboration, and Partnerships Series.

- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BOUCKAERT G., HALLIGAN J. (2009), «Formulating performance systems: The roles of performance and trust», paper presented at the EGPA annual conference, Malta.
- BOUCKAERT G., HALLIGAN J. (2008), *Managing performance: International comparisons*, Routledge, London.
- BOVAIRD T. (1996), «The political economy of performance measurement», in A. Halachmi, G. Bouckaert, eds., *Organizational Performance and Measurement in the Public Sector*, Quorum Books, London.
- CEPIKU D. (2005), «Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?», *Azienda Pubblica*, 1, pp. 105-131.
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A. (2006), «Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 15(57), pp. 17-36.
- CEPIKU D., GIORDANO C. (2005), «Performance management e partnership per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi: il caso del Global Fund», *Mecosan*, 14(55), pp. 97-110.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2009), «Politiche e strategie regionali di integrazione sociosanitaria: un'indagine empirica», in A. Barretta (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria: ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2004), «Public sector networks: What can we learn from different approaches?», in S.P. Osborne, G. Jenei, K. Mc Laughlin, K. Mike, *Challenges of public management reforms. Theoretical perspectives and recommendations*, IR-SPM-Budapest University, Hungary, pp. 103-133.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., ROSSI A.G. (2004), «I consorzi di Area Vasta in Toscana: il caso del CAVC tra innovazione gestionale e trasformazione istituzionale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, 14/4, pp. 532-550.
- EISENHARDT K.M., GRAEBNER M.E. (2007), «Theory building from cases: opportunities and challenges», *Academy of Management Journal*, 50/1, pp. 25-32.
- FABBR L. (2009), «Politiche sanitarie: il modello toscano per l'amministrazione attraverso gli ESTAV», *Sanità pubblica e privata*, 3, pp. 77-81.
- GIBBERT M., RUIGROK W., WICKI B. (2008), «What passes as a rigorous case study?», *Strategic Management Journal*, 29, pp. 1465-1474.
- GRECO A., VICHI M. (a cura di) (2007), *Il percorso del paziente: l'esperienza del Canton Ticino*, McGraw Hill, Milano.
- HUNT J.W. (1972), *The restless organization*, Wiley, Sydney.
- KICKERT W.J.M., KLIJN E.H., KOPPENJAN J.F.M. (1997), *Managing Complex Networks, Strategies for the Public Sector*, Sage, London.
- KLIJN E.H., STEIJN B., EDELENBOS J. (2010), «The impact of network management on outcomes in governance networks», *Public Administration*, (article first published online: 14 March).
- KLITGAARD R., TREVERTON G.F. (2003), *Assessing Partnerships: New Forms of Collaboration*, IBM Endowment for The Business of Government.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative: teoria, tecnica e applicazioni*, Il Mulino Ricerca, Bologna.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2007), Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio-sanitarie, *Tendenze Nuove*, 4-5, nuova serie, Il Mulino.
- LONGO F., LEGA F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, 11(41), pp. 9-21.
- LORENZONI G. (a cura di) (1992), *Accordi, reti e vantaggio competitivo. Le innovazioni nell'economia d'impresa e negli assetti organizzativi*, Etaslibri, Milano.
- LUNNAN R., HAUGLAND S.A. (2008), «Predicting and measuring alliance performance: a multidimensional analysis», *Strategic Management Journal*, Vol. 29, n. 5, pp. 545-556, May 2008
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M. (2005), «Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana», *RIREA*, n. 11/12.
- MENEGUZZO M., CEPIKU D. (2008), *Coordinamento e gestione strategica delle reti: profili e competenze del network manager*, http://www.formazioneibs.luiss.it/upload/File/pasanita/performance_reti_mediche/Paper_Meneguzzo_Cepiku.pdf.
- MENEGUZZO M., CEPIKU D. (a cura di) (2008), *Network pubblici: Strategia, struttura e governance*, McGraw Hill, Milano.
- MERCURI F. (2008), «Reti in sanità: alcuni aspetti sulla base dell'esperienza Asur», *Mecosan*, 17(65), pp. 105-121.
- MONTEDURO F., HINNA L. (2006), «La misurazione delle performance: cos'è e come utilizzarla nelle decisioni», in *Misurare per decidere. La misurazione delle performance per migliorare le politiche pubbliche e i servizi*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Roma.
- MOORE M. (1995), *Creating public value*, Harvard University Press, Cambridge [edizione italiana a cura di A. Sinatra (2003), *La creazione di valore pubblico*, Guerini & Associati, Milano].
- O'TOOLE L.J. (1997), «Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration», *Public Administration Review*, 57.
- POWELL W.W. (1990), «Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization», *Research in Organizational Behaviour*, Vol. 12.
- PROVAN K.G., MILWARD H.B. (2001), «Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks», *Public Administration Review*, 61/4.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino.

- RHODES R.A.W. (1997), *Understanding Governance, policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Open University Press, Buckingham.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese. Modelli e prospettive per una teoria del coordinamento*, Carocci, Roma.
- SYDOW J., WINDELER A. (1998), «Organizing and evaluating interfirm networks: a structurationist perspective on network processes and effectiveness», *Organization Science*, 9/3, Special Issue: Managing Partnerships and Strategic Alliances., pp. 265-284.
- TALBOT C. (2005), «Performance management», in E. Ferlie, L.E. Lynn Jr., C. Pollitt, eds., *Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press.
- THOMSON A.M., PERRY J.L., MILLER T.K. (2007), «Conceptualizing and Measuring Collaboration», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, pp. 23-56.
- VAN DOOREN W., VAN DE WALLE S. (2008), *Performance information in the public sector. How it is used*, Palgrave Macmillan.
- VANIERI M., CALABRESE C., CAMPANALE C., PANERO C., NUTI S. (2009), «Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav», *Mecosan*, 69, pp. 147-163.
- YIN R.K. (1995), *Case study research. Design and methods*, 2° ed., Sage, Stati Uniti.
- YIN R.K. (1999), «Enhancing the quality of case studies in health services research», *Health Services Research*, 34/5, pp. 1209-1224.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

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

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

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

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

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

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

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

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

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze internazionali a confronto

MARTA MARSILIO, STEFANIA MELE

Based on an analysis of national and international literature on consortia purchasing, the article investigates and compares centralized purchasing across four European Healthcare systems (United Kingdom, France, Switzerland and Spain). The case studies highlight the main characteristics in terms of institutional frameworks and operating mechanisms. All the European systems surveyed have promoted different forms of purchasing collaboration among healthcare organisations in order to reduce public expenditure and improve efficiency. However, there is a wide diversity of organizational solutions adopted, both at central and local/regional level. The results show an evolving scenario, looking at balancing the need to contain the health care systems' overall costs and at preserving decision autonomy and accountability of healthcare organizations.

Keywords: public procurement, consortia purchasing, international case studies

Parole chiave: acquisti pubblici, centralizzazione, casi internazionali

Note sugli autori

Marta Marsilio è Assistant Professor presso l'Università degli Studi di Trento e ricercatore del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) Università Bocconi

Stefania Mele è ricercatore del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) Università Bocconi

Attribuzione

Il presente contributo è il frutto del lavoro integrato dei due autori. Tuttavia, sono imputabili a Marta Marsilio i §§ 1, 3, 4.1, 5 e 6 e a Stefania Mele i §§ 2, 4.2, 4.3 e 4.4

1. Introduzione

Negli ultimi anni il sistema di tutela della salute in Italia è stato interessato da un significativo processo di cambiamento che ha originato alcuni fenomeni di grande importanza. Uno dei più rilevanti riguarda il proliferare di iniziative di «ingegneria istituzionale», ossia di interventi di ridefinizione dell'assetto dei sistemi sanitari regionali, in alcuni casi anche con la creazione di nuovi soggetti giuridici autonomi, nella convinzione (Borgonovi, 2000) che le riforme di sistema possano essere la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento (Cantù *et al.*, 2005; Del Vecchio, 2003). In particolare, numerose sono le iniziative che dimostrano la volontà di integrare le attività svolte dalle diverse aziende, spesso troppo piccole e/o progressivamente specializzatesi, con l'obiettivo di attivare soluzioni in grado di razionalizzare e contenere la dinamica crescente della spesa, originata da fattori di carattere demografico (in primo luogo, l'invecchiamento della popolazione) e da fattori strutturali tipici del settore (l'innovazione tecnologica, la nascita di nuovi bisogni da soddisfare).

In questo scenario, si sono diffuse in gran parte dei Sistemi sanitari regionali, soluzioni di accentramento sovraziendale di funzioni tecnico-amministrative con una significativa eterogeneità negli assetti istituzionali e organizzativi (Brusoni, Marsilio, 2007). In particolare, quella del processo di acquisto è stata la prima funzione oggetto della sperimentazione di forme di collaborazione sovraziendale. Tale scelta può essere ricondotta all'entità dei valori economici in gioco. I dati più recenti disponibili (Relazione generale sulla situazione economica del paese

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Letteratura di riferimento
3. Obiettivi e metodologia di ricerca
4. Analisi dei casi
5. Confronto tra le esperienze mappate
6. Conclusioni e sviluppi futuri di ricerca

2009) riportano che la spesa per beni e servizi sanitari e non sanitari ammonta a circa il 30% della spesa sanitaria totale, per più di 32 miliardi di euro nel 2009. Una razionalizzazione di tale voce di spesa, anche se in ridotti termini percentuali, è in grado di generare un risparmio, in termini assoluti, molto significativo. D'altra parte, si tratta di una funzione con immediati impatti di politica industriale su diversi settori produttivi per i quali il Ssn rappresenta uno dei clienti principali (industria del farmaco, delle grandi tecnologie biomediche, ecc.).

2. Letteratura di riferimento

La centralizzazione degli acquisti, conosciuta in letteratura come *collaborative purchasing*, è ormai una tendenza diffusa nelle modalità di gestione degli approvvigionamenti delle amministrazioni pubbliche (Bovaird, 2006; Kamann *et al.*, 2004). Alcuni studi condotti partendo dalle esperienze realizzate hanno dimostrato come il settore pubblico presenti la più ampia diffusione dei consorzi d'acquisto (Essig, 2000; Stefan, Santiago, 1989). Il motivo di questo crescente interesse risiede nel fatto che nel settore pubblico operano aziende (Schotanus, Telgen, 2005): i) con un elevato grado di omogeneità nella struttura organizzativa, nei meccanismi di funzionamento, nel contesto istituzionale, ecc., ii) che operano in un contesto tipicamente non competitivo, iii) caratterizzato da un alto grado di «fiducia» reciproca. La prima esperienza di accentrimento degli acquisti nel settore pubblico è l'americana E&I Cooperative Service, che comprende differenti enti pubblici (a oggi circa 200) fra cui università, scuole superiori e ospedali. Il settore sanitario, in particolare, rappresenta l'ambito con maggiori iniziative: da uno studio condotto negli Stati Uniti (HIGPA, 2000) è emerso che circa il 70% degli acquisti è effettuato attraverso forme di acquisto consortili/cooperative.

Nella letteratura internazionale, i contributi sul tema del *collaborative purchasing* possono essere ricondotti a quattro principali filoni:

– il primo raggruppa gli studi che hanno classificato le diverse tipologie di unioni

d'acquisto (Aylesworth, 2003; Nollet, Beaulieu, 2003);

– il secondo raggruppa gli studi che hanno evidenziato le motivazioni e i benefici attesi dalla costituzione di tali forme di accentrimento (Bovaird, 2006; Johnson, 1999; Schotanus, 2005; Tella *et al.*, 2005);

– il terzo raggruppa gli studi che hanno individuato alcune possibili criticità nella gestione dei consorzi d'acquisto (Johnson, 1999; Schotanus, Telgen, 2005);

– il quarto, infine, raggruppa gli studi che hanno rilevato i fattori critici in grado di determinare il successo nella gestione delle unioni (Bakker *et al.*, 2006; Enthoven, 1994; Kivisto *et al.*, 2003; Schotanus, Telgen, 2007; Schotanus, Telgen, 2009).

Aylesworth (2003), partendo da uno studio empirico effettuato in Canada, Stati Uniti e Regno Unito, ha individuato cinque tipologie di unioni d'acquisto:

– *local network*, che consiste in una rete di due o più organizzazioni che opera tramite meccanismi relazionali informali al fine di ridurre la spesa per l'acquisto di beni e servizi tramite la condivisione di informazioni e, in alcuni casi, di risorse;

– *voluntary cooperative*, che consiste in una rete informale o strutturata, che prevede una suddivisione del lavoro fra i vari membri, con un *lead agent* selezionato tra i membri con la funzione di gestire le procedure e i contratti;

– *regional purchasing agency*, che consiste in un'agenzia centrale che offre il proprio servizio a differenti enti governativi;

– *member-owned service bureau*, che consiste in un organismo terzo rispetto ai membri del consorzio, ma all'interno del quale tutti i membri sono rappresentati e forniscono il personale necessario allo svolgimento delle attività;

– *for-profit enterprise*, che consiste in una vera e propria impresa separata che vende i propri servizi.

Nollet e Beaulieu (2003), partendo da uno studio basato su esperienze realizzate nel settore sanitario americano, hanno identificato quattro fasi evolutive dei *purchasing group*:

- nella fase di nascita, due o più organizzazioni decidono di aggregare la domanda di beni e servizi per ridurre il prezzo d'acquisto attraverso l'aumento dei volumi;

- nella fase di crescita, è prevista l'istituzione di una struttura autonoma e separata che opera con risorse proprie;

- nella fase di maturità, l'attività di collaborazione viene estesa a ulteriori attività collegate alla funzione acquisti;

- nella fase di concentrazione, infine, si assiste a una vera e propria «fusione» fra organizzazioni.

Rispetto al modello di evoluzione delle unioni d'acquisto, i due autori sottolineano come la concentrazione non sia sempre l'obiettivo finale di un'unione d'acquisto.

A livello nazionale sono stati pubblicati alcuni studi finalizzati a mappare le diverse soluzioni di accentrimento degli acquisti attivate dai Sistemi sanitari regionali (Brusoni, Marsilio, 2007; Brusoni *et al.*, 2008; Ceis, 2009). Dalle evidenze emerse, è possibile raggruppare le principali esperienze nazionali in quattro *cluster*:

- 1) il *cluster* delle Regioni che adottano il modello leggero della Cooperazione interistituzionale;

- 2) il *cluster* delle Regioni che adottano il modello leggero delle Aree Vaste;

- 3) il *cluster* delle Regioni che adottano il modello di cooperazione basato sulla creazione di un'Associazione;

- 4) il *cluster* delle Regioni che adottano il modello forte dell'Agenzia pubblica o della Società per azioni pubblica.

Il secondo filone mira a evidenziare le motivazioni e i benefici attesi che hanno indotto la costituzione di tali forme di accentrimento (Bovaird, 2006; Johnson, 1999; Schotanus, 2005; Tella *et al.*, 2005). Il *driver* principale di questa tendenza è segnalato nella riduzione complessiva della spesa per beni e servizi, sia in termini di riduzione del prezzo d'acquisto, sia in termini di minori oneri amministrativi collegati (Johnson, 1999; Schotanus, 2005; HIGPA, 2000).

Gli impatti rilevati possono essere aggregati rispetto a tre dimensioni di analisi (Brusoni *et al.*, 2008):

- impatti di carattere economico e finanziario, che possono essere valutati analizzando da un punto di vista quantitativo le principali categorie di flussi emergenti e cessanti indotti dall'accentrimento. Ad esempio: la riduzione del prezzo dell'oggetto dell'acquisto, in seguito a un aumento del volume contrattato e del potere contrattuale della stazione appaltante; oppure la riduzione dei costi di transazione, quali le spese per la pubblicazione, ecc.;

- impatti di carattere organizzativo, valutati analizzando gli impatti dell'accentrimento in termini di cambiamento sia della struttura organizzativa che dei sistemi operativi che regolano il funzionamento dell'azienda. In particolare: l'aumento della trasparenza delle procedure, la riduzione della tempistica, l'aumento dell'efficienza nel processo, la riduzione del personale dedicato, ecc.;

- impatti di natura strategica, valutati analizzando gli impatti dell'accentrimento in termini di migliore efficacia nel raggiungimento degli obiettivi (derivante, ad esempio, dalla specializzazione dei provveditori) e di migliore gestione dei rapporti con gli attori che operano nel contesto di riferimento.

Nella **tabella 1** sono sintetizzate le principali dimensioni di valutazione emerse dall'analisi dei contributi.

Tuttavia, nonostante l'interesse per il tema e l'enfasi sui benefici attesi per la razionalizzazione della spesa a livello internazionale, attualmente non sono ancora disponibili studi organici e sistematici di valutazione dei reali impatti di tali soluzioni. Spesso, tanto a livello internazionale che nazionale, gli unici documenti disponibili riguardano le relazioni delle centrali di committenza o altri documenti interni, che presentano molti dati di attività (numero di gare, importi aggiudicati, ecc.), ma pochissime informazioni sulla misurazione dei benefici prodotti per il servizio sanitario, per le aziende sanitarie e per il sistema di produzione e offerta di beni e servizi. A livello nazionale vi è stato un tentativo sperimentale da parte del Cergas di applicare la metodologia sopra sintetizzata a due casi, limitandone l'analisi degli impatti a livello di struttura sovraziendale, senza approfondire la natura degli impatti a livello di sistema sanitario e sul sistema dell'offerta (Brusoni *et al.*, 2008).

Tabella 1

Le dimensioni di valutazione degli impatti derivanti dall'accentramento degli acquisti (Brusoni *et al.*, 2008)

DIMENSIONE VALUTAZIONE	IMPATTI ATTESI	MODALITÀ DI ANALISI
ECONOMICO-FINANZIARIA	Riduzione dei costi di acquisto	Prezzi di aggiudicazione
		Confronti intra-temporali
		Confronti intertemporali
	Riduzione dei costi di transazione	Numero di gare espletate Meccanismi in vigore per la ripartizione dei costi generali di gara tra consorziate
ORGANIZZATIVA	Riduzione del personale dedicato alla funzione	Variazione della dotazione organica delle consorziate e del consorzio pre e post accentramento
	Specializzazione del personale dedicato alla funzione	Interventi di formazione sul campo e attività <i>ad hoc</i> Valutazione del grado di professionalizzazione da parte dei responsabili funzionali
	Migliore standardizzazione ed efficienza del processo di acquisto	Esistenza di protocolli per le procedure comuni e capitolati standard di gara
		Monitoraggio dell'adesione alle gare Monitoraggio dei tempi medi per procedure di gara
	<i>Accountability</i> e coordinamento interno	Esistenza, natura e funzionamento di meccanismi formali di coordinamento
STRATEGICA	Standardizzazione di beni e servizi	Capitolato di gara: omogeneità/livello di lottizzazione del capitolato
	Migliore gestione dei rapporti con i fornitori	Numero e tipologia di fornitori
		Innovazione dell'offerta
	Gestione dei rapporti con altri soggetti istituzionali	Analisi degli indirizzi programmatici regionali
<i>Governance</i> del consorzio	Meccanismi di governo e controllo del consorzio	

Il terzo filone individuato è formato da alcuni studi presenti in letteratura (Johnson, 1999; Schotanus, 2005) che si sono focalizzati sull'individuazione delle criticità che si possono manifestare nella gestione dei consorzi d'acquisto, ovvero quei fattori che rischiano di compromettere il funzionamento del consorzio e il raggiungimento degli obiettivi auspicati dai propri membri. Tali criticità possono essere così riassunte:

- costi di coordinamento che derivano dalla necessità di scambi informativi e di momenti di condivisione tra i membri del consorzio, tramite, per esempio, l'istituzione di gruppi di lavoro interaziendali;
- possibile perdita di controllo, da parte dei membri del consorzio, su alcuni processi

aziendali, derivante da un lato dalla cessione di alcune prerogative aziendali e dall'altro dalla ricerca di condivisione delle scelte: risulta imprescindibile individuare un'adeguata *governance* del consorzio;

- progressiva riduzione dei risparmi ottenibili con l'aggregazione della domanda, che spinge verso la ricerca, nel medio-lungo periodo, di ulteriori aree di miglioramento rispetto ai possibili ambiti di collaborazione del consorzio;

- denuncia, da parte del mercato dei fornitori di beni e servizi, di un eccessivo volume d'acquisto con conseguente impossibilità, per le imprese fornitrici, di far fronte alla domanda, a meno di costituzioni di aggregazioni temporanee di imprese: questa criticità suggerisce di riflettere su quali siano le

dimensioni ottimali dei consorzi, per evitare costi sociali a causa della chiusura di numerose imprese fornitrici.

L'ultimo filone indagato riguarda i fattori critici in grado di determinare il successo nella gestione delle unioni. Pur trattandosi di un filone relativamente recente, sta acquisendo col tempo un interesse sempre maggiore: l'aumento delle iniziative di acquisti centralizzati porta a una riflessione sui fattori in grado di incidere significativamente sul funzionamento di un consorzio d'acquisto. I principali driver nella concretizzazione degli obiettivi di un'unione d'acquisto sono:

- la previsione di strumenti di scambio informativo tra i membri del consorzio (Enthoven, 1994; Kivisto *et al.*, 2003; Schotanus, 2007; Schotanus, 2009), con focus sui sistemi informativi e su meccanismi di interazione costante;

- il *commitment* e il supporto interno (Bakker *et al.*, 2006; Kivisto *et al.*, 2003; Schotanus, 2009), come dimostrazione della condivisione degli obiettivi da parte di tutti i membri del consorzio;

- un uguale potere di influenza da parte di tutti i membri (Schotanus, 2007; Schotanus, 2009), quale segnale di equa rappresentanza di tutti gli interessi;

- la volontarietà della partecipazione (Schotanus, 2009), derivante dalla percezione, da parte dei membri del gruppo, dei benefici ottenibili attraverso un'unione d'acquisto.

3. Obiettivi e metodologia di ricerca

Nonostante l'interesse diffuso per queste tipologie di soluzioni e la loro attivazione in molti Paesi, a livello internazionale non è stata ancora effettuata una ricognizione organica e un confronto puntuale delle principali esperienze attivate sul settore sanitario. Gli studi citati nel paragrafo precedente spesso propongono classificazioni di unioni di acquisto in base a caratteristiche che si riferiscono a idealtipi di unioni, senza spesso un concreto riferimento a realtà operative.

Per questo motivo, il presente contributo si pone l'obiettivo di analizzare e confrontare i principali modelli di centralizzazione degli approvvigionamenti in sanità presenti

a livello internazionale. Si ritiene, infatti, che dall'analisi delle esperienze internazionali possano emergere utili spunti di riflessione per orientare innovazioni sia dal punto di vista strategico, che operativo per le iniziative di centralizzazione adottate dai Ssr, soprattutto per i casi in cui le esperienze siano ancora in fase di definizione degli assetti istituzionale e organizzativi.

Il metodo di ricerca utilizzato è lo studio di casi (Yin, 1994). Tale tecnica, già riconosciuta in letteratura come il metodo più coerente per studi economico-aziendali (Fattore, 2005), risulta particolarmente adatta per la natura della presente ricerca, poiché consente di studiare i processi concreti sottostanti la realizzazione degli interventi oggetto di indagine (accentramento), individuando alcuni elementi di generalizzabilità delle esperienze, senza adottare tuttavia l'approccio puramente induttivo di altre tecniche di ricerca sociale. Inoltre lo studio dei casi, che prevede un'accurata analisi documentale e la conduzione di interviste semi-strutturate, consente una più agevole connessione tra teoria ed evidenza empirica (Eisenhardt, 1989).

Il criterio di selezione dei casi internazionali è quello della significatività e va a privilegiare quelle situazioni in grado di fornire la maggiore ricchezza informativa. I casi, individuati all'interno del contesto europeo sulla base delle informazioni al momento disponibili, sono:

- il Regno Unito, con l'analisi delle recenti evoluzioni della *PASA (Purchasing and Supply Agency)* dell'NHS;

- la Spagna, con le esperienze dei consorzi ospedalieri;

- la Svizzera, con il caso della *Centrale d'achats des établissements sanitaires société coopérative (CADES)* che gestisce l'approvvigionamento di 450 strutture (case di cura, ospedali/cliniche, associazioni) appartenenti a otto Cantoni;

- la Francia con i tre livelli di accentramento degli acquisti: Centrali di acquisto nazionali, Raggruppamenti ospedalieri nazionali, Raggruppamenti ospedalieri regionali.

Il lavoro è stato condotto prevalentemente tramite l'analisi di documenti istituzionali, quali norme, atti costitutivi e regolamenti, con l'obiettivo di individuare i principali ele-

menti che caratterizzano le diverse soluzioni istituzionali e organizzative adottate per l'approvvigionamento dei beni e servizi.

Sulla base delle informazioni raccolte, per ogni Paese si prevede:

- una breve descrizione del sistema sanitario;
- l'analisi del processo di evoluzione del modello di accentramento e del suo inquadramento nell'assetto istituzionale;
- la presentazione della struttura e dei meccanismi operativi alla base del funzionamento del modello;
- la proposta di alcune prime considerazioni conclusive.

Infine, dopo aver analizzato i cinque Paesi, lo studio si è focalizzato sul confronto delle differenti soluzioni istituzionali e organizzative adottate, alla luce delle specificità nazionali.

4. Analisi dei casi

4.1. Il caso del Regno Unito

Cenni sull'assetto dell'NHS

La Gran Bretagna ha un sistema sanitario pubblico, il *National Health Service (NHS)*, finanziato attraverso fiscalità generale, che copre servizi di assistenza di base (*primary care*), assistenza ospedaliera (*in-patient care*), assistenza di lungodegenza (*long-term healthcare*), assistenza oftalmologica e dentistica a tutti i cittadini britannici. Il peso delle assicurazioni private a integrazione della copertura sanitaria pubblica è al momento dell'8%. Il sistema è basato sul modello di separazione tra le funzioni di committenza e di produzione dei servizi di salute.

Fino al 2009, l'assetto dell'NHS prevedeva un forte ruolo a livello centrale del *Department of Health* (di seguito DH), e a livello regionale la presenza di dieci *Strategic Health Authorities (SHAs)* con il compito di coordinamento strategico di tutte le attività e strutture dell'NHS presenti sul proprio territorio di competenza. Tra le strutture dell'NHS, i 152 *Primary Care Trusts (PCTs)* agivano come «committenti» tanto di servizi sanitari nei confronti dei fornitori, pubblici e privati, che di servizi sociali. Tra i fornitori

di prestazioni di assistenza ospedaliera (*Hospital Trusts*) vi è una tendenza a una progressiva conversione delle strutture (di seguito *Trusts*) in *Foundation Trusts (FTs)* a maggior autonomia decisionale e finanziaria, pur mantenendo lo status giuridico di enti pubblici. Attualmente, circa il 90% dei *Trusts* è pubblico e di questi circa la metà ha la natura di FTs.

Con l'elezione del governo lib-dem di Cameron, si sta delineando un profondo cambiamento nell'assetto dell'NHS. L'idea di fondo, sintetizzata nel *White Paper «Equity and Excellence: liberating the NHS»*, è quella di limitare l'intervento del livello centrale del DH nella gestione diretta dell'assistenza sanitaria e di aumentare la qualità dei servizi offerti, agendo sul rafforzamento del ruolo della committenza e sulla pluralità dell'offerta da parte dei fornitori di prestazioni. In particolare, la funzione di committenza, tradizionalmente attribuita ai PCTs, verrà attribuita progressivamente a consorzi di medici di base (i *General Practitioners, GPs*). Sul lato dell'offerta, si prevede di trasformare tutti i *Trusts* in *Foundation Trusts*, aumentando in questo modo il livello di autonomia finanziaria e gestionale nel sistema dell'offerta. Conseguentemente, il DH sarà trasformato in un Ministero di «Public» Health (DPH), facendo confluire tutte le attività di gestione dell'NHS (funzione di committenza, di gestione, di controllo e monitoraggio) in due enti separati:

1) l'*NHS Commission Board*, cui saranno allocati i fondi per l'attività di committenza, che a loro volta non saranno più allocati ai PCTs, ma a gruppi di GPs, che a tendere diventeranno i nuovi «committenti» del sistema sanitario (se ne prevedono tra i 300 e 400);

2) *Monitor*, con il ruolo di fissare un nuovo tariffario per i servizi sanitari erogati dai FTs andando a definire i livelli di finanziamento riconosciuti ai fornitori di prestazioni, secondo una logica tesa a massimizzare la responsabilità sull'utilizzo delle risorse e sulla capacità di incrementare la qualità dei servizi offerti per poter aumentare il tasso di attrazione di pazienti.

A fronte di questo scenario, anche l'assetto del modello di centralizzazione degli acqui-

sti potrà subire alcuni significativi cambiamenti. Di seguito si propone una descrizione delle principali caratteristiche dell'assetto attuale, delineando in chiusura alcune possibili linee evolutive.

L'evoluzione del modello di accentramento e il suo inquadramento nell'assetto istituzionale

La centralizzazione degli acquisti dell'NHS ha conosciuto una recente evoluzione, a seguito di due principali eventi:

- un'analisi dell'efficienza nei meccanismi di acquisto nell'NHS (*Procurement Capability Review Programme*) realizzata dall'*Office of Government Commerce (OGC)*, una *task force* indipendente del Ministero del tesoro attivata con lo scopo di definire le strategie di razionalizzazione della spesa pubblica che ha evidenziato i punti di forza e debolezza del modello di accentramento vigente e ha delineato alcuni spunti per una sua riorganizzazione;

- il piano di razionalizzazione del sistema sanitario che riconosce nella riorganizzazione della funzione acquisti una leva per liberare risorse da destinare all'aumento della qualità dei servizi sanitari offerti dall'NHS (programma QIPP - Quality, Innovation, Productivity and Prevention).

Il livello centrale. A livello nazionale, fino al 2009 erano numerose le agenzie che operavano a supporto della razionalizzazione e dell'accentramento degli acquisti nell'NHS. L'analisi effettuata da OGC ha evidenziato alcune sovrapposizioni nei ruoli svolti da queste agenzie e frequenti episodi di concorrenza, invitando a un ripensamento dell'assetto e della distribuzione di compiti e responsabilità tra i diversi attori coinvolti nel processo di approvvigionamento dell'NHS.

In particolare, quella che dal 2000 si era configurata come la principale Agenzia per gli acquisti in sanità, la *Purchasing and Supply Agency (PASA)*, è stata chiusa e le sue funzioni attribuite ad altri enti all'interno dell'NHS. Nello specifico, l'attività di approvvigionamento di servizi tecnico-amministrativi (per la quale PASA aveva circa 60 persone dedicate) è stata inglobata nell'attività di *Buying Solutions (BS)*, l'agenzia ope-

rativa di OGC), con la creazione di un'unità dedicata alla sanità. Le categorie merceologiche gestite da BS coprono essenzialmente attività di supporto alla gestione dei servizi tecnico-amministrativi (sistemi informativi, energia, *facility* e *property management*, piattaforme di *e-procurement* e commercio elettronico, ecc.). L'attività di approvvigionamento dei farmaci (gestita in PASA con 60 unità di personale) è invece stata scorporata in un'unità operativa del DH, con la creazione dell'NHS *Commercial Medicines Unit*. L'attività di supporto alla valutazione di tecnologie e dispositivi medici (una sorta di Osservatorio sui prezzi e le tecnologie gestito da PASA) è stata invece trasferita al *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*. PASA era anche responsabile della definizione di politiche e strategie di acquisto a livello di NHS; questa funzione è stata accentrata a livello di DH, con la creazione di un'unità dedicata, la *Procurement, Investment and Commercial Division (PICD)*, all'interno della quale è confluito il *top management* di PASA.

A livello nazionale esistono altri due importanti operatori coinvolti nel processo di acquisto dei *Trusts*. Per la gestione dei servizi di logistica e l'acquisto di alcune importanti categorie di dispositivi medici, è operativa la *NHS Supply Chain (NHSSC)*. Si tratta di una *joint venture* siglata nel 2004 tra l'*NHS Business Services Authority* (ente sotto il controllo del DH) e DHL (primario operatore internazionale nella logistica) che, a fronte di una concessione di 10 anni, gestisce per i *Trusts* dell'NHS i servizi di logistica e gestione magazzini (fornendo le infrastrutture e le tecnologie di supporto necessarie) e la fornitura in esclusiva di 11 categorie di beni e servizi. Le categorie includono: strumentazione chirurgica per sale operatorie, molti dispositivi medici a uso ospedaliero (tra cui quelli ortopedici, dentali, ecc.), servizio mensa e tecnologie (tanto la strumentazione che servizi di supporto). Per l'attività di fornitura, il diritto all'esclusiva in realtà non è sostanziale, in quanto i *Trusts* non hanno l'obbligo di utilizzare la NHSSC. In assenza di tale obbligo, si è riscontrata una certa diffidenza da parte dei *Trusts* nei confronti della NHSSC per il timore di dover pagare un eccessivo *mark-up* al servizio acquistato per la presenza nella *partnership* di un operatore privato (DHL).

Infine, da una *joint venture* tra il DH e Steria (primaria società inglese di *outsourcing*), è stata creata la *NHS Shared Business Service (NHSSBS)*. In origine la NHSSBS si proponeva di offrire servizi di supporto al *back office*, soprattutto per la gestione economico-finanziaria, ma recentemente sta sviluppando soluzioni anche per la funzione acquisti.

Il livello regionale. A livello regionale, sono operativi i *Collaborative Procurement Hubs (CPHs)* che, negli intenti iniziali, avrebbero dovuto supportare gli *NHS Trusts* nel processo di approvvigionamento, avendo come ambito territoriale di riferimento quello delle SHAs. La loro costituzione è stata incentivata dal DH come una delle linee di azione del *Supply Chain Excellence Programme*.¹ Il modello operativo degli CPHs prevede un supporto ai *Trusts* nella gestione del processo di acquisto a fronte di un contributo annuale; la sede del CPH è spesso presso un *Trust* associato. Gli CPHs avrebbero dovuto agire da intermediari tra i *Trusts* e le iniziative di accentramento degli acquisti attivi a livello di NHS, soprattutto nella fase di standardizzazione e raccolta del fabbisogno della domanda a livello locale. Nei fatti, però, gli CPHs si sono posti spesso in competizione (a livello di beni e servizi offerti) con le agenzie nazionali, e in particolare con i beni e servizi offerti dalla NHSSC, diventando *mini-contractor* e creando, di fatto, una situazione di concorrenza «interna» al sistema. Alla luce della riforma dell'NHS in corso, che vede una progressiva crescita sia dell'autonomia e della responsabilizzazione finanziaria degli *NHS Trusts*, sia della razionalizzazione delle attività di accentramento a livello nazionale, i CPHs sono destinati a veder esaurirsi il loro potenziale bacino di utenza. Alcuni di essi, quelli che in particolare avevano sviluppato maggiori competenze e vantavano un portafoglio clienti più esteso, stanno cercando di confluire in agenzie nazionali (ad esempio la *Share Business Service*) o di essere acquistate da player privati interessanti a entrare nel mercato inglese (come ad esempio GPOs americani).

Una recente analisi sui dati disponibili a livello aggregato della spesa nazionale dei FTs e non FTs per spese operative (beni sanitari, servizi sanitari e non, gestione immobili, logistica, consulenze, ecc.) è emerso

che circa il 40% della spesa è intermediato da qualche ente sovra-aziendale. In particolare, per i farmaci, circa il 30% è intermediato dalla CMU con un ruolo residuale dei CPHs; per i servizi e beni clinici, il 22% è intermediato da NHSSC e circa il 10% dai CPHs; per i restanti servizi tecnico-amministrativi, il 29% è gestito da OGC/BS e un ruolo residuale è svolto da NHSSC (5%) e dai CPHs (6%).

Il programma di razionalizzazione nazionale e il QIPP. A livello di amministrazione centrale, a seguito delle politiche di riduzione del debito pubblico promosse dall'attuale governo, sta crescendo l'interesse per i benefici derivabili da soluzioni di accentramento degli acquisti. In particolare, l'accentramento degli acquisti di beni e servizi è una delle principali azioni dell'*Efficiency and Reform Group*, un ampio programma di razionalizzazione della spesa dei livelli centrali di governo che si pone l'obiettivo di una riduzione della spesa pubblica di 6,2 miliardi di sterline nel biennio 2010-2011.

Un ruolo strategico per l'implementazione del programma di realizzazione è riconosciuto a OGC e BS. Il piano di razionalizzazione prevede anche significativi tagli nei bilanci di tutti i Ministeri, a eccezione del DH. Tuttavia, a fronte dell'andamento del tasso di crescita della spesa sanitaria, a metà del 2009 è stato lanciato un programma di intervento specifico per il settore sanitario con l'obiettivo di ottenere, entro il 2014, un recupero di efficienza del 20% nella spesa complessiva (quantificato in 20 miliardi di sterline), preservando la qualità dei servizi offerti ai pazienti. Il programma, denominato QIPP, individua nell'innovazione gestionale e tecnologica e nella prevenzione i *driver* per riuscire a raggiungere l'obiettivo prefissato. Il programma, nonostante fosse stato lanciato dalla precedente coalizione di governo, è stato fatto proprio dall'attuale amministrazione, tanto da essere citato come pilastro della riorganizzazione dell'NHS.

Al fine di rendere operativo il QIPP, è stata creata una cabina di regia a livello nazionale, il *National Director for Efficiency*, con l'intento di predisporre delle linee strategiche nazionali (*QIPP National Workstream*) a guida e supporto delle SHAs, chiamate a lo-

ro volta a redigere dei piani strategici locali. Tra i 12 punti del piano nazionale, un ruolo chiave è riconosciuto ai risparmi derivanti dalla razionalizzazione degli acquisti, stimati in circa 1,2 miliardi di sterline. Al PICD è stato affidato il compito di coordinare gli interventi del QIPP a livello nazionale. A livello locale, le SHAs hanno prodotto i rispettivi piani, ipotizzando un'estrema eterogeneità di interventi (alcuni molto ambiziosi, altri che semplicemente hanno previsto la completa esternalizzazione della funzione secondo il modello dei GPOs americani). L'analisi dei piani regionali da parte della PICD ha evidenziato alcune criticità in merito all'effettiva realizzabilità degli obiettivi prefissati, anche per la mancanza di un coinvolgimento dei *Trusts* (che sono, in quanto fornitori di servizi sanitari, i principali soggetti coinvolti dal processo di approvvigionamento) facendo emergere la necessità di un più significativo ruolo di coordinamento a livello nazionale per quanto riguarda gli approvvigionamenti.

Conclusioni

In questo periodo, il PICD sta cercando di coinvolgere, con un approccio *bottom-up* coerente con la progressiva autonomia e responsabilizzazione riconosciuta ai *Trusts*, le più grandi strutture ospedaliere presenti sul territorio nazionale, per cercare di evidenziare le potenziali linee di azione finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di 1,2 miliardi di risparmi. L'idea di fondo è che solo la presa di coscienza da parte del *top management* dei *Trusts* dei margini di efficienza ottenibili da azioni di razionalizzazione della spesa, possa garantire il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa fissato nel QIPP. Dai primi incontri è emerso un grande interesse per il tema da parte dei direttori generali coinvolti, che vedono in strumenti gestionali innovativi, la possibilità di liberare risorse da destinare al miglioramento della qualità dei servizi e quindi alla loro capacità di attrazione verso i pazienti/clienti (con la mediazione dei GPs). La linea strategica emersa è quella di aggredire la spesa per beni e servizi, rafforzando la qualità dei dati sulla spesa (i dati di una prima indagine hanno evidenziato che solo il 30% della spesa complessiva per B&S è trac-

ciabile), sfruttando le competenze di NHS SBS, attivando strumenti di *benchmarking* a livello aziendale e sovra-aziendale per un più accorto controllo sull'eterogeneità dei prezzi e beni acquistati (si stima che siano possibili risparmi per circa 3 milioni di sterline per singolo *Trust* grazie a un *benchmark* sui prezzi pagati per i primi 150 prodotti acquistati), incrementando l'utilizzo delle centrali d'acquisto esistenti (NHSCS e BS), rifocalizzando l'attività dei CPHs, evitando fenomeni di concorrenza con altri operatori pubblici.

Su questi prime azioni si sta ora indirizzando l'attività, in attesa che il riordino dell'NHS si vada completando e che si chiariscano i ruoli che ciascun attore sarà chiamato a svolgere in futuro.

4.2. Il caso della Svizzera

Cenni sull'assetto del sistema sanitario svizzero

La Svizzera è una federazione di 26 cantoni, con una popolazione complessiva di circa 7,5 milioni di abitanti. Il sistema sanitario svizzero si basa principalmente su assicurazioni obbligatorie per i cittadini, alle quali si aggiungono eventuali contributi facoltativi per prestazioni specifiche o supplementari. Il sistema assicurativo è composto da un numero limitato di compagnie, sia private che pubbliche, che sono registrate presso il *Federal Office for Social Insurance*.

Poiché la Svizzera ha un sistema istituzionale federale (coesistono infatti tre distinti livelli di governo: la Confederazione, i 26 Cantoni e i Comuni, ognuno dei quali con un proprio organo esecutivo e legislativo eletti dai cittadini), anche il sistema sanitario risulta suddiviso in 26 sub-sistemi sanitari appartenenti ai Cantoni svizzeri, che si differenziano sia per la struttura dell'offerta, che per l'organizzazione dell'attività sanitaria. Esiste, infatti, un'ampia eterogeneità fra le diverse forme istituzionali adottate: alcuni cantoni hanno un'offerta basata prevalentemente su istituti pubblici, altri su istituti privati *non profit*, altri ancora su istituti privati *for-profit*. L'Ufficio federale della sanità pubblica è l'organo che, a livello statale, si occupa di controllare e legiferare in materia di sanità pubblica.

Il modello svizzero di accentramento: il caso della Centrale d'achats des établissements sanitaires (CADES)

La Centrale d'acquisto delle strutture sanitarie (*Centrale d'achats des établissements sanitaires, CADES*) nasce nel 1968 sotto la spinta della Federazione degli ospedali del cantone di Vaud, composta attualmente da 12 strutture sanitarie, con l'obiettivo di gestire in forma accentrata gli acquisti per i membri della propria organizzazione. Nel 1987 le viene assegnato il nome di CADES e nel 1994 prende la forma di cooperativa senza scopo di lucro.

Nel 2008, le strutture appartenenti al CADES erano 450, suddivise in case di cura (60%), ospedali/cliniche (24%) e associazioni (16%) appartenenti al Cantone di Vaud, agli altri Cantoni francesi (Berna, Friburgo, Neuchâtel, Ginevra, Vallese e Giura) e al Cantone ticinese.

Gli organi della società sono quattro:

- l'assemblea generale, composta da tutte le strutture appartenenti alla società, che svolge compiti quali l'adozione e la modifica dello statuto, l'elezione dei delegati e lo scioglimento della società;

- l'assemblea dei delegati, composta dai delegati nominati dall'assemblea generale, che svolge compiti quali l'approvazione del conto d'esercizio e del bilancio;

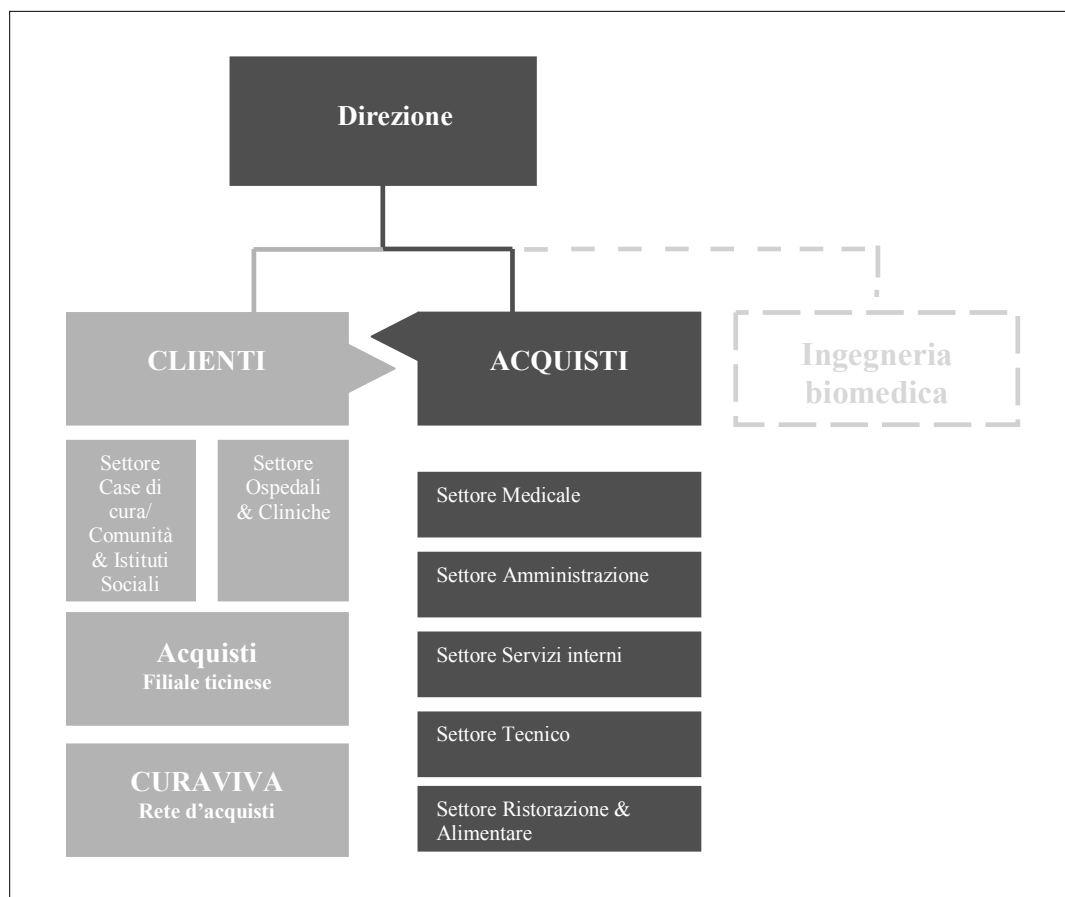
- il consiglio d'amministrazione, composto da almeno tre persone, elette dall'assemblea dei delegati;

- l'organo di controllo, nominato dall'assemblea dei delegati.

La struttura operativa di CADES è articolata in due aree (**figura 1**):

- l'area clienti, suddivisa in tre ambiti: l'ambito dedicato alle strutture sanitarie appartenenti a CADES; l'ambito dedicato alla filiale ticinese;² l'ambito de-

Figura 1
Struttura del CADES
Fonte: www.cades.ch



dicato all'attività di collaborazione con CURAVIVA;³

– l'area acquisti, suddivisa in relazione ai cinque ambiti di intervento della centrale d'acquisto: settore medicale, settore amministrazione, settore servizi interni, settore tecnico, settore ristorazione e alimentare.

CADES si occupa prevalentemente di tre attività: le prestazioni di base (i cataloghi), le aggregazioni d'acquisto e l'esternalizzazione degli acquisti. Le prestazioni di base consistono nella predisposizione di cataloghi⁴ dai quali i membri dell'organizzazione possono selezionare i beni necessari fra differenti fornitori. La consultazione dei cataloghi non comporta l'obbligo, per le strutture sanitarie, di effettuare l'ordine al fornitore. Le aggregazioni d'acquisto consistono nel raggruppamento di strutture sanitarie omogenee per tipologia o settore, che sfruttano l'aumento del potere d'acquisto per ottenere vantaggi economici nell'approvvigionamento. Con questa modalità, le strutture coinvolte si impegnano ad aggregare i volumi d'acquisto e a standardizzare gli assortimenti scelti. In quest'area di intervento, l'attività di CADES consiste nella gestione della procedura d'acquisto, nell'analisi delle condizioni attuali e nella redazione del capitolato tecnico relativo ai prodotti o alle prestazioni scelte. Rispetto alla precedente

attività del CADES, le aggregazioni d'acquisto comportano l'obbligo, per le strutture sanitarie, di sottoscrivere un impegno contrattuale con il fornitore. Con l'attività di esternalizzazione, infine, CADES prende in carico totalmente il processo d'acquisto di una struttura (*outsourcing* strategico). CADES si occupa della definizione del fabbisogno, della convalida e della negoziazione delle condizioni per la successiva integrazione nelle disponibilità della struttura. La struttura, invece, effettua direttamente l'approvvigionamento (**figura 2**).

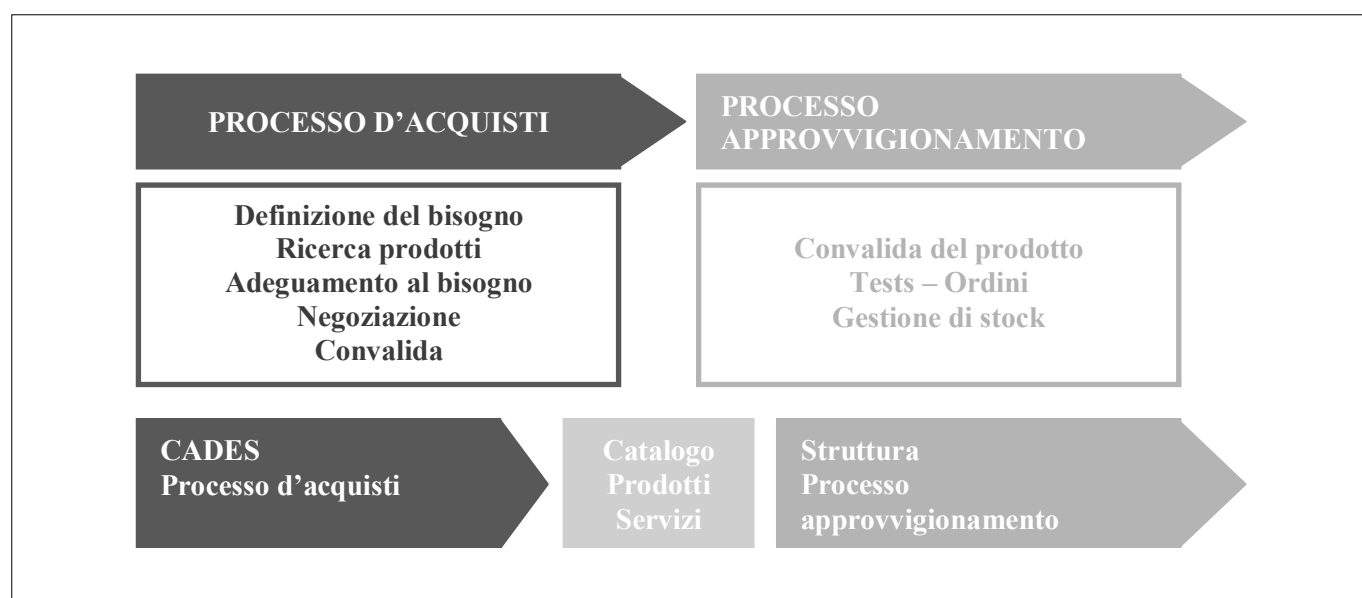
CADES ha inoltre messo a disposizione una piattaforma tecnologica che, oltre a permettere una comunicazione più veloce con i propri membri e i fornitori, consente la raccolta dei fabbisogni e il pagamento *on-line*.

Oltre a queste tre principali aree di intervento, CADES svolge due ulteriori attività di sostegno ai propri membri:

– supporta le proprie strutture nel campo dell'alta tecnologia medica, mettendo a loro disposizione le competenze di un ingegnere biomedico, per attività quali la pianificazione dei beni d'investimento, l'ingegneria delle apparecchiature e le politiche di manutenzione;

– svolge specifiche attività su mandato, quali studi e consulenze, con accompagnamento relativo a un progetto specifico, come

Figura 2
Logica del processo globale d'acquisto
Fonte: www.cades.ch



ad esempio la costruzione o ristrutturazione di uno stabilimento, la gestione di contratti di manutenzione, o l'acquisto di beni d'investimento.

Secondo uno studio effettuato nel 2008, CADES ha permesso alle strutture aderenti di raggiungere un risparmio complessivo di circa 39 milioni di euro nei nove anni precedenti, al netto di costi indiretti che le strutture avrebbero sostenuto per l'analisi dell'offerta, la scelta e le negoziazioni in assenza della centrale d'acquisto.

Conclusioni

L'attività di CADES evidenzia il ruolo fondamentale che la centrale d'acquisto ricopre all'interno del sistema sanitario svizzero. Nata come centrale d'acquisto per le strutture sanitarie del Cantone di Vaud, CADES ha gradualmente ampliato la sua attività anche ad altri Cantoni svizzeri. Grazie alle diverse tipologie di attività messe a disposizione delle strutture sanitarie svizzere, infatti, CADES è in grado di offrire soluzioni differenti in base alle esigenze dei propri membri. Partendo dalla predisposizione dei cataloghi e dall'organizzazione di unioni d'acquisto, CADES ha progressivamente esteso il proprio intervento, prendendo in carico l'intero processo di acquisto. I risultati raggiunti rappresentano un importante fattore di successo e un elemento attrattivo per le strutture che non hanno ancora aderito alle centrali d'acquisto. L'obiettivo del CADES è quello di espandere la propria gamma di prodotti e servizi e di estendere la propria attività a tutte le funzioni collegate agli acquisti, *in primis* la logistica, diventando un punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie della Svizzera.

4.3. Il caso della Francia

Cenni sull'assetto del sistema sanitario francese

La Francia ha una popolazione di circa 61 milioni di abitanti ed è suddivisa in 22 regioni. Il sistema sanitario francese è gestito a livello generale dal Ministero della sanità, che ha il compito di elaborare le linee guida per l'amministrazione delle strutture pubbli-

che e la gestione delle questioni in materia di sanità e di previdenza sociale. Il sistema è poi articolato in 22 uffici sanitari regionali, ognuno dei quali si occupa del controllo sulle strutture appartenenti al proprio territorio di riferimento. A livello locale, infine, i comuni si occupano dell'erogazione dei servizi sanitari pubblici.

Il servizio sanitario si basa su un sistema assicurativo che prevede una copertura di base obbligatoria e una copertura complementare, pubblica o privata, su base volontaria, che copre i costi di compartecipazione dei servizi già coperti dall'assicurazione obbligatoria e assicura parzialmente ciò che invece non rientra nell'assicurazione obbligatoria (il 92% della popolazione francese ricorre all'assicurazione volontaria).

In Francia esistono circa 4.000 ospedali per un totale di circa 500.000 posti-letto. Gli ospedali si suddividono in:

- ospedali pubblici (rappresentano il 25% dei presidi e il 65% dei posti-letto);
- ospedali *non profit* (rappresentano il 35% dei presidi e il 15% dei posti-letto);
- ospedali *for profit* (rappresentano il 40% dei presidi e il 20% dei posti-letto).

Il modello francese di accentramento degli acquisti

Negli ultimi anni, si è assistito a un significativo cambiamento nelle modalità di approvvigionamento delle strutture sanitarie e sociali francesi. Attualmente coesistono tre livelli di accentramento degli acquisti:

- 1) Centrali di acquisto a livello nazionale;
- 2) Raggruppamenti ospedalieri a livello nazionale;
- 3) Raggruppamenti dipartimentali regionali.

Le *centrali di acquisto nazionali* si suddividono in due categorie:

- 1) società commerciali specializzate che negoziano con i fornitori per conto delle strutture sanitarie aderenti, cercando di ottenere condizioni d'acquisto più vantaggiose in virtù dell'aumento dei volumi acquistati. Le centrali d'acquisto con queste caratteristiche sono quattro:

– *CACIC (Centrale d'achat, de conseil et d'information des cliniques)*, alla quale fanno riferimento oltre 1.550 strutture, tra cui cliniche (chirurgiche, psichiatriche, ecc.), ospedali privati e pubblici, centri di rieducazione, strutture sanitarie specializzate;

– *CAHPP (Centrale d'achats de l'hospitalisation privée et publique)*, alla quale fanno riferimento oltre 1.700 strutture, prevalentemente cliniche;

– *AMI2 HA*, alla quale fanno riferimento circa 1.800 strutture socio-sanitarie;

– *Helpevia*, che raggruppa più di 650 strutture, la metà costituita da strutture private di chirurgia e ostetricia;

2) un ente pubblico industriale e commerciale, l'*UGAP (Union des Groupements d'Achats Publics)*, che svolge un'attività più ampia, estesa a tutti i servizi statali (civili e militari), agli enti pubblici e a tutte le associazioni d'utilità pubblica. Nel corso degli anni, l'*UGAP* è stato oggetto di un profondo cambiamento nell'assetto istituzionale: inizialmente nato come servizio del Ministero dell'educazione, per il quale svolgeva attività relative agli acquisti degli istituti scolastici, nel 1968 si è trasformato in un'agenzia interministeriale alle dipendenze del Ministero dell'educazione e delle finanze, e nel 1985 ha assunto infine la formula gestionale di ente pubblico industriale e commerciale.

I raggruppamenti ospedalieri che operano a livello nazionale sono due:

– Il *GCS UNI-HA (Groupement de Coopération Sanitaire - Union des Hôpitaux pour les Achats)*; il *GCS UNI-HA* è stato istituito nel 2005 e attualmente raggruppa 53 strutture sanitarie (32 Centri ospedalieri universitari e 21 grandi centri ospedalieri) che operano su tutto il territorio nazionale. Si tratta di una rete di ospedali, con una struttura di riferimento a Lyon e 13 strutture distaccate (logisticamente inserite in alcuni ospedali del gruppo) ognuna delle quali è specializzata in uno specifico settore⁵ (per esempio, il centro ospedaliero universitario di Nantes è l'unico specializzato nell'acquisto di servizi, mentre per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici esistono rispettivamente 5 e 6 centri ospedalieri specializ-

zati). Nel 2008, su un volume d'acquisto di 402 milioni di euro, i risparmi conseguiti dal raggruppamento ospedaliero ammontano a 42 milioni di euro.

– Il *GIE Consortium d'achats des CLCC (Consortium achat de la Fédération des Centres de Lutte contre le Cancer)*, che raggruppa i 20 Centri di lotta contro il cancro della Francia. Il consorzio d'acquisto è nato nel 2006 sotto la spinta della Federazione nazionale dei Centri di lotta contro il cancro (*Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer - FNCLCC*), con l'obiettivo di migliorare la funzione acquisti dei propri membri e di ottenere risparmi sull'acquisto dei beni e servizi attraverso l'aggregazione della domanda.

I raggruppamenti dipartimentali regionali, infine, sono consorzi d'acquisto ai quali possono aderire strutture pubbliche e private appartenenti alle regioni francesi.

Il *Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile de France (Resah-Idf)*, ad esempio, è un consorzio d'acquisto nato nel 2007 e diventato, nel 2008, un gruppo d'interesse pubblico direttamente finanziato dall'agenzia sanitaria regionale dell'*Ile de France*. Il *Resah-Idf* raggruppa 121 strutture tra ospedali, case di cura e strutture interospedaliere appartenenti all'*Ile de France*. Inizialmente l'attività del *Resah-Idf* era limitata ad alcune categorie di beni (farmaci, dispositivi medici, prodotti per incontinenti, generi alimentari, ecc.), ma, già a partire dal 2008, la centrale d'acquisto ha esteso il proprio ambito di intervento alla quasi totalità degli acquisti delle strutture pubbliche sanitarie, sociali e socio-sanitarie che operano nell'*Ile de France*, che nel complesso rappresentano un volume annuale d'acquisto di oltre 1 miliardo di euro. Attualmente, l'attività del *Resah-Idf* è divisa in tre aree: acquisti sanitari (quali farmaci, dispositivi medici, ecc.), acquisti logistici e tecnici (quali generi alimentari, prodotti informatici, ecc.) e gestione delle risorse umane (che comprende, per esempio, la formazione professionale). Secondo uno studio effettuato dalla centrale d'acquisto, negli anni 2007, 2008 e 2009 i risparmi economici ottenuti grazie all'attività del *Resah-Idf* ammontano a 65 milioni di euro.

Conclusioni

La Francia è un Paese con una forte presenza di forme di accentramento degli acquisti finalizzate a ridurre la spesa sanitaria per l'acquisto di beni e servizi. Nel panorama francese convive, infatti, una molteplicità di centrali e di consorzi d'acquisto, con differenti soluzioni organizzative: centrali di acquisto che, tramite convenzioni con i fornitori, offrono alle strutture sanitarie un'ampia scelta di prodotti; raggruppamenti di strutture sanitarie specializzate che operano su tutto il territorio nazionale; raggruppamenti di strutture sanitarie che operano in una specifica regione. Tale eterogeneità permette alle strutture sanitarie francesi di scegliere la soluzione che più di ogni altra si adatta alle proprie esigenze. L'interesse del modello francese risiede proprio nella profonda dinamicità dimostrata negli ultimi anni; la continua ricerca di miglioramenti nelle politiche di acquisto e di cambiamenti negli assetti istituzionali rende sicuramente il modello francese fortemente innovativo e di utile confronto per gli altri Paesi.

4.4. Il caso della Spagna

Cenni sull'assetto del sistema sanitario spagnolo

La Spagna, che ha una popolazione di circa 46 milioni di abitanti, è suddivisa in 17 comunità autonome (*Comunidades Autonomas, CCAA*), ulteriormente suddivise in 50 province, più due città autonome (Ceuta e Melilla). Il sistema sanitario spagnolo si basa su un modello fortemente decentrato: la Legge generale di sanità n. 14 del 25 aprile 1986 crea un sistema sanitario pubblico (Sistema di salute nazionale - S.N.S.), il cui asse sono le comunità autonome, adeguatamente coordinate. Nella stessa Costituzione viene data molta enfasi alle autonomie, tanto che le responsabilità e le competenze dei governi locali, così come i modi di organizzazione e di funzionamento, sono regolate dalle comunità autonome (CC.AA.), con piena capacità legislativa e politica. Lo sviluppo di tale processo di decentramento implica, in primo luogo, la costituzione di nuove istituzioni rappresentative, di gestione ed esecutive nelle CC.AA., che abbiano piene competenze

politiche e amministrative per la formulazione ed esecuzione delle politiche pubbliche.

Le regioni hanno progressivamente iniziato ad assumersi la completa responsabilità per i servizi sanitari forniti. Attualmente, tutte le regioni sono competenti per le questioni di sanità pubblica, ma solo sei (Catalogna, Province Basche, Andalusia, Valencia, Navarra e Galizia) hanno acquisito la responsabilità per i servizi di assistenza medica, coprendo così il 58% della popolazione. Il restante 42% della popolazione ricade nell'amministrazione diretta dell'Istituto nazionale di sanità di Madrid (INSALUD).

La Legge Generale di Sanità stabilisce due livelli assistenziali: la medicina di base e l'assistenza specialistica e fa leva sull'integrazione effettiva dei servizi pubblici d'assistenza e, in particolare, su quelli della sanità nazionale e della sicurezza sociale; inoltre, come già detto, prevede un'ampia distribuzione di competenze, che riserva allo Stato i poteri di direzione e di coordinamento, mentre i servizi sanitari rimangono sotto la responsabilità delle comunità autonome.

Il sistema sanitario è gestito, all'interno della previdenza sociale, dall'*Istituto Nacional de la Salud (INSALUD)*. Le fonti di finanziamento sono notevolmente cambiate negli anni. Infatti, nel 1988 i fondi provenivano soprattutto dai contributi obbligatori, versati in parte dal datore di lavoro e in parte dal lavoratore; oggi, invece, è il gettito fiscale la fonte di finanziamento principale. INSALUD fornisce i servizi sanitari attraverso i suoi istituti (ospedali, cliniche per pazienti esterni, centri diagnostici e terapeutici ecc.) o attraverso convenzioni con ambulatori privati e ospedali non a scopo di lucro. Infatti, in Spagna il 43% degli ospedali sono pubblici, appartenenti o al servizio di previdenza sociale (INSALUD) o ad altri istituti pubblici. Sono generalmente di dimensioni più vaste delle cliniche private, ed eseguono trattamenti chirurgici e medici complessi. Gli ospedali privati sono in genere strutture non a scopo di lucro, gestiti dalla Chiesa cattolica, dalla Croce Rossa, ecc.

Processi di acquisto e politiche di accentramento

Livello Nazionale. Non esiste un modello unitario di centralizzazione degli acquisti

di beni e servizi, a livello nazionale, ma tali politiche sono lasciate alla piena autonomia delle strutture sanitarie.

Il Ministero della sanità effettua gare centralizzate, ma solo per beni e servizi a favore delle città autonome di Ceuta e Melilla (oltre agli acquisti diretti finalizzati al proprio funzionamento).

Presso il Ministero dell'economia, è stata istituita nel 2007⁶ una Piattaforma elettronica per gli acquisti delle amministrazioni pubbliche. La Piattaforma, gestita dalla Direzione generale del Patrimonio dello Stato (*Dirección General del Patrimonio del Estado*), è a disposizione di tutti gli organi e le unità del settore pubblico. Il modello si basa sull'interazione sistemica (B2B), che consente una condivisione, mediante servizio web, tra gli operatori economici e le amministrazioni pubbliche, di tutte le informazioni e i documenti necessari alla contrattazione. Sebbene l'accesso alla piattaforma non sia obbligatorio per le amministrazioni pubbliche, essa viene utilizzata con grande frequenza. In media, mensilmente, avvengono circa 430 annunci di gara (*Licitación*), 230 aggiudicazioni provvisorie, 350 aggiudicazioni definitive.

Livello Regionale. Al di là dell'esperienza a livello nazionale, le politiche di centralizzazione degli acquisti sono lasciate all'autonomia dei singoli territori. In questo ambito, si registrano numerose esperienze di centralizzazione amministrativa nell'ambito di consorzi che si sono creati tra strutture sanitarie. L'esperienza sicuramente più consolidata riguarda il Consorzio Ospedaliero della Catalogna (CHC - *Consorci Hospitalari de Catalunya*). CHC è un consorzio di ospedali e centri sanitari, di carattere pubblico e/o senza scopo di lucro, fondato nel 1983; la sua missione consiste nel rafforzamento e consolidamento dei centri sanitari e ospedalieri, all'interno dello sviluppo del sistema sanitario.

Al momento, gli enti che partecipano al consorzio sono 252, di cui 43 ospedali; 70 centri di attenzione primaria; 45 centri socio-sanitari; 49 residenze assistite o centri di attenzione sociale; 8 centri di salute mentale; 37 altre strutture (laboratori, servizi diagnostici, servizi di attenzione domiciliare).

La dimensione del consorzio emerge analizzando quanta parte della domanda sanitaria del territorio è coperta dalle strutture a esso aderenti: il 54,1% della popolazione usufruisce degli enti del consorzio (3.850.203 persone); il 17,6% dell'attività di attenzione primaria (7.721.844 contatti); il 54,5% dei posti-letto (7.873 letti); il 55% di visite esterne (5.125.896 visite); il 60,8% delle visite d'urgenza (2.296.622 visite); il 76,3% dei pazienti ospedalieri e socio-sanitari (4.509 pazienti).

Il consorzio svolge prevalentemente due tipi di funzioni:

- effettua processi di acquisto centralizzati per gli enti aderenti, al fine di ottenere non solo le migliori economie di scala, ma anche le migliori condizioni possibili;
- presta servizi amministrativi di vario tipo a favore degli enti consorziati. In questo secondo ambito di attività, CHC ha da sempre svolto un servizio fondamentale per gli associati nella ricerca di innovazioni nei servizi informativi, nell'introduzione della contabilità analitica e direzionale, nel *marketing* e comunicazione esterna, nella programmazione e gestione della tecnologia biomedica.

All'interno del consorzio, le attività di acquisto sono affidate a una struttura operativa, il *Servei Agregat de Contractacions Administratives del Consorzio (SACAC)*, che ha la finalità di fornire assistenza legale e amministrativa relativa all'applicazione della normativa sugli appalti pubblici, sviluppando le competenze e le capacità degli associati. SACAC svolge prevalentemente due funzioni:

- effettua processi di acquisto per tutti i centri che aderiscono a una determinata procedura, al fine di ottenere economie di scala;
- presta servizi di assistenza e consulenza amministrativa sulla gestione degli appalti autonomamente realizzati dai centri associati.

Nel tempo, le attività di acquisto centralizzato hanno fatto riferimento prevalentemente a servizi non sanitari, attrezzature, beni di supporto amministrativo. In particolare:

- acquisto di servizi assistenziali (Attrezzature speciali di laboratorio; Risonanza magnetica, Tac);

- acquisto di servizi non sanitari (Bar/café; fetteria; Gestione rifiuti; Controllo/vigilanza; Manutenzione ordinaria e straordinaria; Manutenzione apparecchiature elettromedicali; Gestione fotocopiatrici; Gestione tv e telefonia; Gestione attività commerciali; Gestione trasporti interni);
- acquisti vari (Attrezzature mediche; Attrezzature non sanitarie; Altri prodotti);
- contratti di somministrazione (Materiale fungibile; Energia/combustibile; Protesi; Gas medicinali).

Conclusioni

Sulla base dell'esperienza ormai consolidata di CHC, sono nate negli ultimi anni numerose altre iniziative di consorzio, aventi finalità simili:

- Consorzio sanitario de l'Alt Penedes (CSAP);
- Consorzio sanitario de l'Anoia (CSA);
- Consorzio sanitario del Maresme (CSdM);
- Consorzio sanitario de Terrassa (CST);
- Consorzio sanitario Vilafranca del Penedes (CSSVP).

Occorre sottolineare come la nascita dei consorzi avvenga prevalentemente in maniera spontanea, senza un disegno strategico condiviso e, soprattutto, coordinato; questo fa sì che, in molti casi, il consorzio non coincida con una specifica area istituzionale o territoriale e che, all'interno della stessa area, ci possano anche essere sovrapposizioni tra più consorzi.

5. Confronto tra le esperienze mappate

L'assetto istituzionale del sistema sanitario dei Paesi analizzati influenza anche le soluzioni organizzative adottate per la gestione accentrata degli approvvigionamenti. Nonostante i sistemi sanitari dei quattro Paesi analizzati si caratterizzino per la presenza di strutture regionali deputate al coordinamento dell'erogazione dei servizi sanitari all'interno del proprio territorio (le 10 SHAs in Gran Bretagna, i 26 cantoni svizzeri, le 22 regioni francesi e le 17 comunità autonome spagnole), le forme gestionali adottate per la

gestione degli approvvigionamenti variano significativamente rispetto:

- all'articolazione delle strutture operative con differenze tra i diversi livelli di governo del sistema sanitario (centrali e periferici);
- all'estensione territoriale (con una sovrapposizione più o meno marcata tra il territorio «istituzionale» e l'estensione del consorzio di acquisto) e al grado di coinvolgimento;
- alla natura giuridica delle strutture;
- alla specializzazione delle funzioni.

Tali variabili danno luogo a situazioni molto eterogenee tra di loro, alcune delle quali in profonda evoluzione. Di seguito si confrontano le esperienze mappate distinguendo il livello «centrale», evidenziando la presenza di eventuali unioni d'acquisto operative su tutto il territorio nazionale, dal livello «periferico», tracciando le principali esperienze attive a livello sovra-aziendale.

Livello centrale. Nel Regno Unito il *Department of Health* ha assunto un ruolo molto forte fin dalla nascita dell'NHS nella gestione dei servizi sanitari che, in relazione agli approvvigionamenti, si è sostanzialmente con la sponsorizzazione e attivazione di alcune importanti iniziative a livello centrale. Si tratta di strutture controllate tendenzialmente dal *Department of Health* (a eccezione di *Buying Solution* che afferisce al Gabinetto di Presidenza), che si distinguono per un elevato grado di specializzazione e differenziazione dei servizi offerti (*Buying Solution* per i beni e servizi tecnico-amministrativi, con un'unità dedicata alla sanità; *Commercial Medicines Unit* per i farmaci; *NHS Supply Chain* per i servizi logistici e dispositivi medici; *Shared Business Services - SBS* per i servizi di supporto al *back office* amministrativo NHS). Nessuna di queste strutture ha un mandato in esclusiva, per cui rimane ampia libertà di scelta per i *Trusts* nell'avvalersi o meno del loro supporto. Infine, si rileva come in due casi (*Supply Chain* e SBS) le iniziative nascano da *joint venture* con operatori privati leader nei rispettivi ambiti di azione (DHL per la logistica e Speria per l'ottimizzazione dei servizi amministrativi di *back office*).

Anche in Francia sono presenti centrali di acquisto a livello nazionale, divisibili in tre

macrocategorie. La prima include enti privati di natura commerciale (sono quattro) ai quali aderiscono la quasi totalità delle strutture ospedaliere, che negoziano con i fornitori di beni e servizi per conto delle strutture sanitarie associate. Tali centrali non presentano elevati standard di specializzazione e si differenziano sostanzialmente per la tipologia di struttura «cliente». È operativa, inoltre, una centrale acquisti pubblica (UGAP), che offre i suoi servizi a tutte le amministrazioni pubbliche francesi. Quest'ultima non gioca un ruolo rilevante nell'ambito degli approvvigionamenti sanitari, proprio in virtù della sua scarsa specializzazione. L'ultima macrocategoria include centrali operative a livello di *network* tra strutture sanitarie «omogenee» rispetto a dimensione o specializzazione. In particolare il GCS UNI-HA, che coinvolge i 53 poli ospedalieri di maggiori dimensioni presenti sul territorio francese, è un *network* per gli approvvigionamenti all'interno del quale le diverse strutture si specializzano nell'acquisto di determinati beni e servizi, assumendo il ruolo di «centri di servizio interno». Il *GIE Consortium d'achats des CLCC* ingloba tutti i centri di lotta contro il cancro.

In Spagna non esiste un modello unitario di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, ma tali politiche sono lasciate alla piena autonomia delle strutture sanitarie. In realtà a livello nazionale esiste una piattaforma elettronica per l'acquisto delle amministrazioni pubbliche, ma non è utilizzata dalle strutture sanitarie.

In Svizzera, coerentemente con il modello federale del Paese, non esiste alcun livello nazionale di aggregazione della domanda. Tuttavia, si sta assistendo a una progressiva estensione dell'ambito di riferimento della principale centrale d'acquisto «regionale», che non esclude in futuro di diventare un punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie della Svizzera.

Nella **tabella 2** sono riassunte le principali caratteristiche delle centrali di acquisto attive a livello centrale.

Livello periferico. Anche il modello di centralizzazione degli acquisti attivo a livello periferico varia a seconda dell'assetto del sistema sanitario di riferimento.

Nel Regno Unito i *Collaborative Procurement Hubs (CPHs)*, hanno come ambito territoriale di riferimento quello delle SHAs. Sono forme di associazione nate su iniziativa del governo centrale con un approccio *top-down* finanziate con contributi annuali dei «clienti», dando vita a una struttura organizzativa autonoma. Negli intenti originari, i CPHs avrebbero dovuto agire da intermediari tra i *Trusts* e le iniziative di accentrimento degli acquisti attivi a livello di NHS, soprattutto nella fase di standardizzazione e raccolta del fabbisogno della domanda a livello locale. Tuttavia, dato che le iniziative centrali non erano a uso obbligatorio per i *Trusts*, nei fatti i CPHs agiscono spesso in competizione (a livello di beni e servizi offerti) con le agenzie nazionali. Attualmente i CPHs agiscono con diverse intensità e specializzazione dei servizi offerti ai propri membri. Rispetto all'evoluzione in corso nell'NHS e alla tendenza a una progressiva autonomia dei *Trusts*, i CPHs sono destinati ad assumere un ruolo sempre minore (tanto che due dei principali stanno tentando di «rivendersi» a operatori privati specializzati), poiché l'NHS non avrà più il potere di vincolare le strutture a servirsi di questi centri.

In Svizzera, invece, CADES (cooperativa senza scopo di lucro) si è sviluppata con un approccio *bottom-up* a seguito dell'efficacia dimostrata nei servizi resi agli associati. Nata inizialmente per la gestione accentrata degli acquisti delle dodici strutture sanitarie del solo Cantone di Vaud, oggi conta circa 450 strutture sanitarie diffuse sul territorio svizzero. Oltre alla gestione del processo di acquisto, CADES è attiva nel campo delle grandi tecnologie mediche e offre servizi di consulenza su politiche di investimento. L'evoluzione futura di CADES è proiettata verso l'espansione della propria gamma di prodotti e servizi (attualmente le categorie coperte sono 9 e includono prevalentemente dispositivi medici e alcuni beni e servizi di carattere amministrativo) e l'estensione della propria attività a tutte le funzioni collegate agli acquisti, *in primis* la logistica, diventando un punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie della Svizzera.

In Francia, a livello delle 22 regioni in cui è articolato il sistema sanitario, sono operativi i raggruppamenti dipartimentali regionali, consorzi d'acquisto cui possono aderire

Paese	Centrale acquisti	Natura giuridica	Ambito di azione	Grado coinvolgimento strutture	Specializzazione
REGNO UNITO	<i>Buying Solutions</i>	Agenzia operativa pubblica dell'ufficio di Presidenza	Amministrazioni pubbliche centrali e Strutture sanitarie pubbliche (sezione <i>ad hoc</i>)	Approccio <i>top-down</i> senza obbligo di adesione	ALTA: Acquisti di beni e servizi tecnico-amministrativi
	<i>Commercial Medic Unit</i>	Unità operativa del DH	Strutture sanitarie pubbliche (Ospedali)	Approccio <i>top-down</i> senza obbligo di adesione	ALTA: Acquisti di farmaci ospedalieri
	<i>Supply Chain</i>	<i>Joint venture</i> DH e DHL (contratto 10 anni)	Strutture sanitarie pubbliche	Approccio <i>top-down</i> senza obbligo di adesione	ALTA: Acquisti di servizi logistici e dispositivi medici
	<i>Shared Business Service</i>	<i>Joint venture</i> DH e Steria	Strutture sanitarie pubbliche	Approccio <i>top-down</i> senza obbligo di adesione	ALTA: Acquisto di soluzioni per la gestione del <i>back office</i>
FRANCIA	<i>CACIC</i>	Società commerciali private	Strutture sanitarie pubbliche e private – differenziazione per tipologia di struttura	Approccio <i>bottom-up</i> senza obbligo di adesione	ALTA Intermediazione con i fornitori per acquisto di beni e servizi
	<i>CAHPP</i>				
	<i>AMI2 HA</i>				
	<i>HELPEVIA</i>				
	<i>UGAP</i>	Ente pubblico	Pubblica amministrazione	Approccio <i>top-down</i> senza obbligo di adesione	BASSA
	<i>GCS UNI-HA</i>	Network di strutture sanitarie	Grandi strutture sanitarie	Approccio <i>bottom-up</i> senza obbligo di adesione	ALTA A RETE Specializzazione per «centri di servizio»
<i>GIE</i>	Centri contro il cancro		Approccio <i>bottom-up</i> senza obbligo di adesione	ALTA	
SPAGNA	Esiste piattaforma per gli acquisti della pubblica amministrazione, ma non include strutture sanitarie				
SVIZZERA	Non esistono forme centrali a livello nazionale				

Tabella 2

Le centrali di acquisto attive a livello centrale

strutture pubbliche e private. Essi non hanno limiti di intervento su specifiche categorie e possono essere finanziati dall'agenzia regionale di riferimento per la copertura delle proprie spese gestionali (come nel caso del Resah-Idf, che ha un'estensione di intervento che copre gran parte degli acquisti effettuati dalle strutture associate e che riceve un finanziamento da parte dell'Agenzia sanitaria dell'Ile de France).

Anche in Spagna sono attive centrali d'acquisto su base associativa volontaria a livello regionale. L'esperienza più consolidata è quella attiva nella regione della Catalogna. Tra gli altri servizi erogati dal consorzio, la gestione delle procedure di approvvigionamento è gestita da una struttura operativa dedicata, la SACAC che, oltre al proces-

so accentrato di acquisto, offre assistenza e consulenza amministrativa per la gestione degli appalti autonomamente realizzati dagli enti associati.

Nella **tabella 3** sono riassunte le principali caratteristiche delle centrali di acquisto attive a livello periferico/regionale.

6. Conclusioni e sviluppi futuri di ricerca

L'analisi comparata dei casi internazionali selezionati ha evidenziato una continua evoluzione dei modelli di accentramento degli approvvigionamenti come strumento di razionalizzazione della spesa pubblica e supporto per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti ai pazienti. Si tratta di iniziative che vantano un radicamento

Paese	Centrale acquisti	Ambito territoriale di riferimento	Grado coinvolgimento strutture	Eterogeneità
REGNO UNITO	CPHs	Coincidenti con le 10 SHAs	<i>Top-down</i> ; istituiti a livello centrale per le strutture pubbliche dell’NHS	Solo approvvigionamenti
FRANCIA	Raggruppamenti dipartimentali regionali	Coincidenti con i 22 ambiti regionali	<i>Bottom-up</i> ; facoltà di adesione per strutture pubbliche e private	Solo approvvigionamenti
SVIZZERA	CADES	Ambito extra-cantonale	<i>Bottom-up</i> ; facoltà di adesione per strutture sanitarie	Approvvigionamenti + consulenza su investimenti e tecnologie sanitarie
SPAGNA	ConSORZI	Non coincidenza univoca con le CCAA	<i>Bottom-up</i> ; facoltà di adesione per strutture pubbliche	Approvvigionamenti + servizi a livello amministrativo

profondo nei sistemi sanitari esaminati e che, alla luce dei risultati raggiunti, stanno evolvendo verso assetti istituzionali e organizzativi in grado di coniugare la pressione al contenimento della spesa che grava a livello di sistema sanitario pubblico, con livelli crescenti di autonomia e responsabilizzazione per le strutture sanitarie erogatrici dei servizi ai pazienti.

Dai risultati emerge una grande eterogeneità nelle soluzioni individuate, tanto a livello centrale che a livello periferico/regionale.

Nel Regno Unito sono presenti sia strutture centrali fortemente specializzate nei servizi e beni oggetto delle procedure di accentramento (grazie anche alle *partnership* per primari operatori privati), sia centrali regionali. Alla luce delle evoluzioni future dell’assetto del sistema sanitario, è prevedibile una progressiva riqualificazione delle strutture regionali (più in chiave di servizi di supporto che di centrali di committenza) e un potenziamento e una razionalizzazione delle centrali nazionali.

La centrale svizzera di CADES rappresenta un valido esempio di come l’efficacia raggiunta nell’attività di supporto ai propri «clienti» costituisca il volano principale per un’evoluzione tanto dimensionale, che nel portafoglio dei servizi offerti.

La Francia è uno dei Paesi con una maggiore varietà di iniziative di accentramento degli acquisti, con la presenza di centrali di acquisto a livello nazionale e regionale. Tale eterogeneità consente alle strutture sanitarie

francesi di beneficiare di un’ampia gamma di soluzioni e di individuare quella che più si adatta alle proprie esigenze.

In Spagna, la scelta di non promuovere soluzioni centralizzate a livello nazionale è bilanciata dall’ampia autonomia garantita a livello regionale, con criticità relative a uno scarso coordinamento e a una grande differenza nella maturità delle iniziative promosse (con il rischio di sovrapposizioni tra più consorzi).

La linea di ricerca sin qui condotta prevede come sviluppo futuro l’analisi degli impatti prodotti dall’accentramento nei diversi sistemi sanitari e la costruzione di un modello interpretativo in grado di evidenziare i punti di forza e di debolezza delle differenti esperienze realizzate, al fine di fornire utili suggerimenti ai decisori nazionali nella definizione delle linee strategiche e operative delle esperienze presenti nel nostro territorio.

Note

- Attualmente sono operativi 8 CPHs, perché 2 SHAs non sono mai giunte a costituire il loro (quello della SHA di South West e quello di Londra; in realtà quest’ultimo ha dato vita al *London Procurement Programme*, LPP, con modello a base territoriale molto ridotto che ha conosciuto un grande successo).
- Il 1° agosto 2008 è stata costituita una filiale ticinese grazie al supporto delle diverse associazioni cantonali del mondo sanitario.
- CURAVIVA è l’Associazione svizzera delle case di cura e delle istituzioni sociali. Dal 2004 i due enti hanno avviato una *partnership* per ottimizzare l’attività

Tabella 3

Le centrali di acquisto attive a livello periferico/regionale

- di approvvigionamento delle strutture appartenenti a CURAVIVA.
4. I cataloghi attualmente presenti sono nove: Diagnostica, materiali di cure e invasivo; Medicazione; Medicazione avanzata (idroattiva); Anestesia, sonde e dispositivi per urologia; Incontinenza; Sterilizzazione e sala operatoria; Amministrativo; Tessile e servizi interni.
 5. L'attività del GCS UNI-HA ricopre attualmente solo alcune categorie di beni e servizi.
 6. Artículo 309 de la Ley 30/2007 de 30 de Octubre de Contratos del Sector Público.

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

- AYLESWORTH M. (2003), «Purchasing Consortia in the Public Sector, models and Methods for Success», Paper presented at ISM conference, Nashville, USA.
- BAKKER E., WALKER H., HARLAND C., WARRINGTON J. (2006), *The effect of collaborative purchasing structures on managing cooperation. IPSESA conference proceedings*, San Diego, CA.
- BORGONOVÌ E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BOVAIRD T. (2006), «Developing New Forms of Partnership With the “Market” in the Procurement of Public Services», *Public Administration*, 84 (1), pp. 81-102.
- BRUSONI M., MARSILIO M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- BRUSONI M., CAPPELLARO G., MARSILIO M. (2008), «Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M. (a cura di) (1999), *Allearsi per comprare: politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CANTÙ E., LONGO F., OTTO M. (2005), «Le fondazioni sanitarie lombarde», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- CENTRE FOR ECONOMIC AND INTERNATIONAL STUDIES (CEIS), Università di Roma Tor Vergata, Laboratorio FIASO (2009), atti del convegno *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, dicembre 2009, Roma.
- CODA V. (1995), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Utet Università, Torino.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazione di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2008), *Delivering World Class Procurement Operation Procurement Capability Review Programme*, OGC, 21/11/2008.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2010), *Equity and excellence: Liberating the NHS*, Luglio 2010.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, 14 (4), pp. 532-550.
- ENTHOVEN A.C. (1994), «On the ideal market structure for third-party purchasing of health care», *Social Science and Medicine*, 39 (10), pp. 1413-1424.
- ESSIG M. (2000), «Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of “consortium sourcing”», *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, pp. 13-22.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2000), *Health care system in transition - Switzerland*.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2004), *Health care system in transition - France*.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- HEALTH INDUSTRY GROUP PURCHASING ASSOCIATION (HIGPA) (2000), «The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System», Muse & Associates, Washington, DC.
- HENDRICK T.E. (1997) *Purchasing consortiums: horizontal alliances among firms buying common goods and services: What? Who? Why? How?*, Center for Advanced Purchasing Studies, Tempe.
- JOHNSON P.F. (1999), «The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia», *International Journal of Logistics: Research and Applications*, 2, (1), pp. 57-73.
- KAMANN F., ELMER E.F., BAKKER F. (2004) «Changing supplier selection and relationship practices: a contagion process», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 10 (2), pp. 55-64.
- KIVISTO T., TELLA E., VIROLAINEN V.M. (2003), *Consortia Purchasing and Logistics in Kuopio area - lessons learned from a 4 year project*, IRSP proceedings.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2009), *Relazione generale sulla situazione economica del paese*.
- NOLLET J., BEAULIEU M. (2003), «The development of group purchasing: an empirical study in the health-care sector», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9(1), pp. 3-10.
- SCHOTANUS F. (2005), «Cooperative purchasing within the United Nations», IPSESA Conference Proceedings, Archamps (France), pp. 961-973.
- SCHOTANUS F., TELGEN J. (2005), «Implication of a Classification of Forms of Cooperative Purchasing», in

- J.Y.F Wynstra, K. Dittrich, F.P.H Jaspers (eds.), Proceedings of the 21st IMP Conference, Rotterdam (the Netherlands), ISBN 9090198369, Rotterdam: RSM Erasmus University, 1-3 September 2005.
- SCHOTANUS F., TELGEN J. (2007), «Developing a typology of organizational forms of cooperative purchasing», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 13 (1), pp. 53-68.
- SCHOTANUS F., TELGEN J., DE BOER L. (2009), «Success factors for managing purchasing groups: an empirical survey», Proceedings of the 17th IPSERA Conference, Perth (Australia), 10-12 March 2008.
- STEFAN J.P., SANTIAGO R.E. (1989), «The benefits of group purchasing», *Journal of Property Management*, 54 (5), pp. 50-52.
- TELLA E., VIROLAINEN V.M. (2005) «Motives behind purchasing consortia», *International Journal of Production Economics*, Voll. 93-94, pp. 161-168.
- YIN R.K. (1994), *Case study Research. Design and methods*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- www.achats-clcc.fr
www.ami2-ha.com
www.cacic-sante.com
www.cades.ch
www.cahpp.fr
www.consorci.org
www.csa.cat
www.csap.es
www.csdm.es
www.cst.cat
www.fhv.ch
www.helpavia.fr
www.ingesa.msc.es
www.msps.es
www.resah-idf.com
www.ugap.fr
www.uniha.org

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**.

I costi delle prestazioni lungodegenziali: determinazione delle aree di risultato e profili di economicità

FRANCESCA LECCI, MARCO MORELLI

Since nineties, Italian healthcare organizations have been facing increasing competitive pressure and an higher complexity in internal operating processes. This is true even for organizations active in the non acute field. The main objective of this paper is to identify the role of management accounting tools in analyzing the economic performance of long term care organizations. In particular, the case of a private hospital provides an example of a model to determine the cost of a patient per day in long term care organizations. The article highlights how different levels of complexity in patient profiles are associated to different profitability patterns.

Keywords: long term care, performance measurement, standard costs

Parole chiave: long term care, misurazione performance, costi standard

Note sugli autori

Francesca Lecci è assistant professor - SDA Bocconi e ricercatore a contratto CERGAS Bocconi
Marco Morelli è assistant professor SDA Bocconi

Attribuzione

Gli autori hanno condiviso l'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione del progetto di ricerca da cui deriva il presente articolo. In termini di stesura finale i §§ 1, 4.2 e 4.3 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, i §§ 2, 3, 4.1 e 4.4 a Marco Morelli, il § 5 a entrambi gli autori in egual misura

1. Introduzione

I processi di cambiamento che hanno caratterizzato la sanità negli ultimi anni hanno introdotto rilevanti elementi di competitività e creato nelle aziende sanitarie una maggiore sensibilità al perseguimento dell'equilibrio economico e la spinta all'adozione di approcci manageriali innovativi, in grado di consentire un governo delle determinanti dei risultati aziendali (Anessi, Cantù, 2006).

È nell'ambito di questo processo di evoluzione che le aziende sanitarie hanno visto mutare il loro ambito di azione: pur a fronte di un elevato grado di regolamentazione pubblica, infatti, il contesto di riferimento si è caratterizzato per un crescente grado di competizione e per l'introduzione di logiche vicine al mercato. Di fronte a questi processi di trasformazione, che modificano l'ambiente in cui le aziende sanitarie, pubbliche o private che siano, operano, cambiano, di conseguenza, le condizioni di funzionamento delle stesse, inducendole a sviluppare nuove strategie competitive e nuovi modelli organizzativi, sia nell'ottica della sopravvivenza, sia per sfruttare le opportunità che un intenso processo di cambiamento offre (Bergamaschi, 2008).

Oltre ai cambiamenti nelle caratteristiche dell'ambiente esterno, le aziende sanitarie hanno dovuto affrontare, nel corso degli anni, una crescente complessità dei profili di utenza e una costante innovazione nei processi assistenziali erogati.

Tale dinamica ha interessato non solo le aziende che operano nel segmento dell'alta complessità e nell'area dell'acuzie in gene-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Inquadramento concettuale
3. Obiettivi e metodologia di ricerca
4. Analisi del caso
5. Conclusioni

rare, ma, sempre di più, si manifesta anche in settori, come quelli della riabilitazione e della lungodegenza, che vengono tradizionalmente intesi come a bassa intensità assistenziale.

In sintesi, l'incremento dei livelli competitivi e la maggiore complessità dei processi interni rendono sempre più attuale il tema di una corretta progettazione dei sistemi di misurazione delle performance economiche aziendali.

A partire da tali considerazioni, l'articolo affronta il tema della determinazione dei costi delle prestazioni lungodegenziali, al fine di costruire un possibile modello di controllo economico per area di risultato.

Dopo aver presentato i principali contributi in letteratura sui temi della misurazione dei costi in sanità e degli schemi di classificazione delle prestazioni per non acuti (§ 2), vengono esplicitate le domande di ricerca e la metodologia adottata (§ 3). Il § 4 presenta un'esperienza di misurazione della redditività delle prestazioni lungodegenziali all'interno di un'importante azienda privata accreditata del Nord Italia. L'analisi del caso costituisce l'occasione per esplicitare dettagliatamente le caratteristiche del modello proposto e discuterne ambiti di applicazione e future traiettorie di sviluppo (§ 5).

2. Inquadramento concettuale

Le possibilità di governo economico di un'azienda si fondano sulla capacità di controllare, attraverso l'esame dei risultati conseguiti, il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti (Ferretti, Zangrandi, 2009).

L'indagine sugli effetti economici delle decisioni e delle operazioni aziendali avviene tramite il sistema delle rilevazioni economiche d'azienda, che si propone di osservare come gli atti di gestione si trasformino in valori (economici) e come questi, a loro volta, si trasformino in atti di gestione in ragione della loro capacità di evidenziare il grado di conseguimento dei fini dell'azienda e dei fini ultimi di istituto (Borgonovi, 2004).

Una delle prime esigenze in termini di controllo economico è rappresentata dalla comprensione delle logiche di formazione del risultato complessivo aziendale. Muovendo dal conto economico di sintesi, il sistema di controllo deve consentire, infatti, la

comprensione delle cause che hanno portato alla formazione di un determinato risultato (Doyle, 2002), poiché solo la conoscenza delle cause determina la capacità di guida e dominio dei fenomeni che sottendono al risultato complessivo. In altri termini, la complessità aziendale sottolinea l'esigenza di affiancare ai sistemi di misurazioni sintetiche, analisi articolate delle modalità di formazione del risultato economico. Attraverso l'individuazione di aree di attività per le quali assuma significato la misura di risultati parziali, attraverso il collegamento tra modalità di impiego delle risorse e qualità dei risultati economici conseguiti, attraverso la definizione di obiettivi e l'assegnazione di responsabilità di risultato economico, il comportamento delle aziende complesse viene orientato e guidato.

L'analisi della letteratura evidenzia come nella progettazione di un sistema di misurazione delle performance per area di risultato, appaia essenziale definire gli elementi portanti del sistema, ovvero:

- individuare le aree di risultato rispetto alle quali articolare l'analisi;
- supportare i processi decisionali e i giudizi in merito all'efficacia e all'efficienza di conduzione delle diverse combinazioni parziali;
- costituire il fondamento dei processi di delega organizzativa (Casati, 2000; Francesconi, 2003).

La progettazione di un sistema di misurazione dei costi si articola in due momenti e dimensioni fondamentali (Agliati, 1990):

- la struttura del sistema di misurazione;
- le modalità di funzionamento dello stesso (flussi di alimentazione).

Ragionare in termini di struttura significa individuare le modalità attraverso le quali ri-aggregare i costi classificati per natura nella contabilità generale: in particolare, è necessario determinare come tali costi possono essere collegati a dimensioni espressive delle modalità di funzionamento aziendale (Banker, Johnston, 2007). La scelta degli oggetti con riferimento ai quali aggregare le informazioni di costo e attività deriva dalla necessità di rappresentare le logiche di formazione

dei risultati aziendali sotto due profili primari: (i) il profilo competitivo (tipologia di prestazioni); (ii) il profilo organizzativo (Centri di costo).

I flussi di alimentazione fanno, invece, riferimento, più nello specifico, ai problemi connessi al funzionamento del sistema: in tale prospettiva è necessario individuare i metodi di rilevazione da adottare, i criteri di collegamento tra i dati della contabilità generale e il sistema di contabilità analitica, le caratteristiche dei dati elementari di costo con cui alimentare il sistema di misurazione.

Il sistema di contabilità dei costi per le aziende sanitarie per un certo periodo di tempo (anni '90) è stato essenzialmente inteso come l'attività di determinazione dei costi di produzione,¹ limitandosi, pertanto, alla prima fase del processo di attribuzione dei costi ai centri di responsabilità (dimensione organizzativa), al fine di controllare le implicazioni economiche delle attività in essi svolti.²

Questa scelta si è tradotta, da un lato, nell'impossibilità di esplorare il legame tra il costo dei diversi centri di responsabilità e le prestazioni dagli stessi prodotte ed erogate e, dall'altro, ha reso difficile correlare la generazione di componenti positive di reddito (basate, quanto meno per i produttori «puri», su tariffe per prestazione) alle modalità di assorbimento delle risorse economiche.

Tuttavia, l'evoluzione che ha caratterizzato il Ssn ha introdotto rilevanti elementi di competitività e creato nelle aziende sanitarie una maggiore sensibilità al perseguimento dell'equilibrio economico, dal momento che, se è vero che la spesa sanitaria è destinata a crescere, i vincoli di finanza pubblica e lo scenario competitivo complessivo impongono un utilizzo razionale delle risorse a disposizione (Bergamaschi, Lecci, Morelli, 2010).

Alla luce di quanto sin qui emerso, un'accurata conoscenza dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie risulta critica per tutti i soggetti del sistema:

- per il soggetto regolatore, poiché consente di verificare l'equilibrio economico e finanziario dei produttori sanitari; valutare la corrispondenza delle tariffe ai costi di produzione e, nel caso di erogatori privati, alla remunerazione del capitale di rischio; definire modelli alternativi di acquisizione di fattori

produttivi particolarmente critici (Longo, Tanzi, 2010);

- per gli erogatori, perché permette di disporre di un meccanismo sistematico di valutazione dello «stato di salute» aziendale, attraverso una serie di indicatori economici e tecnici; comprendere come i costi di struttura vengono assorbiti dalle diverse tipologie di prestazioni e disporre di un sistema puntuale e tempestivo di valutazione dell'economicità delle stesse; individuare inefficienze e aree di miglioramento;

- per gli utenti e le loro famiglie, poiché rende trasparente il valore di eventuali servizi accessori di natura assistenziale e alberghiera e garantisce una più equa definizione di eventuali compartecipazioni, quanto meno per le prestazioni che prevedono un'integrazione della tariffa, ad esempio sotto forma di retta giornaliera, come quelle dell'area della riabilitazione, della lungodegenza e dei settori socio-assistenziali.

Risulta altresì evidente come, con riferimento all'area sanitaria, caratterizzata da elevato livello di personalizzazione delle prestazioni e scarsa standardizzabilità dei processi, determinare il costo della singola prestazione potrebbe risultare particolarmente difficoltoso, a meno di definire criteri che consentano di raggruppare prestazioni omogenee. In questo senso, si è fatto largo ricorso al nomenclatore tariffario e ai Drg, sebbene questa scelta non sia esente da rischi derivanti dalla scarsa capacità di questo strumento di adeguarsi alle specificità dei singoli contesti aziendali.

Tale rischio è, peraltro, ancora più elevato nell'ambito della non acuzie, un settore che continua a crescere per volume e valore delle attività prodotte e che, in virtù della riconversione di numerosi presidi ospedalieri seguita alla necessità di ridurre il ricorso alle prestazioni per acuti, accoglie tipologie di pazienti sempre più eterogenee e complesse, a fronte di un'unica tariffa definita per singola giornata di degenza.

Il dibattito scientifico ha già fatto emergere la necessità di prevedere nuovi modelli di classificazione delle prestazioni per non acuti, ma questa riflessione, a oggi, ha trovato applicazione prevalentemente con riferimento all'area della riabilitazione e socio-assistenziale. Ad esempio, a seconda dei diversi

contesti sanitari regionali, si rilevano diversi modelli di definizione del *case-mix* a supporto della progettazione dei sistemi tariffari (Longo, Tanzi, 2010). I più noti sono il Sosis (Lombardia), la scheda Svama (Veneto e Puglia), il Rug (Marche, Umbria e Lazio), la scheda Bina (Emilia Romagna), il modello Valgraf (Friuli Venezia Giulia) e l'Aged (Liguria).

Tuttavia, nessuno di questi schemi è stato costruito a partire da analisi di costo: si tratta di classificazioni effettuate sulla base delle caratteristiche cliniche dei pazienti, che dovrebbero riflettere il valore economico delle prestazioni erogate, ma abbinano, a questa dimensione, una forte connotazione derivante dalle scelte di politica sanitaria dei diversi Ssr. Inoltre, nessuno di questi modelli ha trovato finora applicazione nell'ambito della lungodegenza ospedaliera, che ha registrato, nel corso dell'ultimo decennio, un importante sviluppo.

3. Obiettivi e metodologia di ricerca

Alla luce di quanto sin qui discusso, il presente articolo si pone l'obiettivo di comprendere quali metodologie di analisi e misurazione economica possono essere utilizzate per determinare il costo di prestazioni lungodegenziali.

Nello specifico, verranno analizzati i seguenti aspetti:

- a) definizione dei passaggi metodologici necessari per misurare il costo di prestazioni a elevato grado di personalizzazione;
- b) scelta dei possibili criteri di classificazione delle linee di attività produttiva;
- c) individuazione dei parametri atti a descrivere l'assorbimento delle risorse da parte delle linee di attività produttiva;
- d) comprensione del ruolo degli strumenti di programmazione e controllo di gestione nel supportare il processo di analisi e misurazione del costo di prestazioni lungodegenziali;
- e) valutazione del possibile utilizzo degli esiti del processo di analisi e misurazione a supporto delle scelte del decisore pubblico nella definizione di meccanismi di remunerazione delle aziende di erogazione di prestazioni lungodegenziali.

In virtù dei quesiti di ricerca, la scelta del metodo ha preso in considerazione due aspetti:

– primo, uno dei metodi più consigliati per l'analisi del processo di misurazione economica finalizzata alla determinazione del costo delle prestazioni è quello del *case study*, data la numerosità di informazioni e l'elevato grado di dettaglio che questo tipo di analisi richiede (Casati, 1996);

– secondo, la tipologia delle ricerche valutative, in cui si studia una situazione concreta in base a criteri predefiniti, appare particolarmente adatta al metodo dei casi per la varietà degli strumenti specifici di analisi che può impiegare (Fattore, 2005).

Nello specifico, è stato adottato come criterio di campionamento quello dei casi «a elevata sensibilità pubblica»: con questa strategia si sfrutta la rilevanza politica e sociale di una determinata situazione, dal momento che il caso è scelto proprio perché è già oggetto di interesse e questa condizione, generalmente, permette maggiore ricchezza informativa.

Il caso individuato è quello di un'azienda privata che opera nell'area lungodegenziale e che, per le caratteristiche della struttura e per le sue dimensioni, si configura come uno dei principali *player* nel contesto geografico di riferimento. Inoltre, l'esclusiva focalizzazione dell'attività sull'area della lungodegenza consente di avere a disposizione dati che non risentono di sinergie o inefficienze derivanti dalla contestuale erogazione di altre tipologie di prestazioni sanitarie.

4. Analisi del caso

L'azienda oggetto di analisi opera nel Nord Italia, attraverso una convenzione di lungodegenza riabilitativa che prevede 164 posti-letto, di cui 130 accreditati e 34 solo autorizzati. Nella struttura operano 155 persone, tra *full time*, *part time*, personale amministrativo e sanitario.

Nel corso del 2008 (anno oggetto di analisi) la casa di cura ha erogato attività sanitaria accreditata per complessive 47.455 giornate di degenza e in solvenza per 1.744 giornate di degenza, generando un fatturato superiore

ai 7 milioni di euro e un utile operativo di 1 milione di euro.

Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, l'azienda ha registrato un significativo cambiamento nelle condizioni cliniche dei pazienti ricoverati, che presentano livelli di complessità più elevati, al punto da rendere necessario un radicale rinnovamento nella struttura fisica e nelle modalità di organizzazione del lavoro e richiedere l'implementazione di un sistema di controllo in grado di supportare il management nella comprensione delle modalità di assorbimento delle risorse da parte delle diverse e rinnovate linee di attività.

Coerentemente con lo schema di progettazione presentato nel §1, la costruzione del modello di misurazione dei costi è stata modulata sulle seguenti fasi: (i) individuazione delle aree di risultato; (ii) individuazione dei centri di costo; (iii) attribuzione dei costi indiretti aziendali ai centri di costo e dei costi diretti alle aree di risultato; (iv) riallocazione dei centri di costo intermedi ai centri finali; (v) imputazione di questi ultimi ai pazienti/giornate.

4.1. L'individuazione delle aree di risultato

Nel corso del 2008, l'azienda ha erogato prestazioni lungodegenziali a 1.420 pazienti, suddivisi in tre classi:

- pazienti residenti nell'area in cui opera la casa di cura, beneficiari di prestazioni di ricovero in regime di accreditamento;
- pazienti in mobilità attiva, provenienti da altri Servizi sanitari regionali, beneficiari di prestazioni di ricovero in regime di accreditamento;
- pazienti solventi, beneficiari di prestazioni di ricovero in regime di pagamento intero e/o per servizi supplementari nell'ambito del regime di ricovero istituzionale.

A partire da questa classificazione, al fine di meglio identificare le aree di risultato aziendale, costituite dalle diverse classi di pazienti, sono state condotte due tipologie di indagine:

1) ricostruzione delle caratteristiche dei pazienti appartenenti a ognuna delle tre clas-

si, a partire da un'analisi campionaria sulle schede di dimissione ospedaliera;

2) effettuazione di interviste al personale medico della struttura, al fine di verificare la presenza o meno di tipologie ricorrenti di pazienti all'interno di ognuna delle tre classi di provenienza.

La lettura combinata degli esiti delle due analisi appena presentate ha consentito di individuare, indipendentemente dalla classe di provenienza, tre livelli di complessità nella casistica dei pazienti curati (1, 2 e 3). Tali livelli di complessità, abbinati alla diversa provenienza, consentono di riconoscere 7 aree di risultato, come sintetizzato nella **tabella 1**.

Sebbene pazienti di diversa provenienza, a parità di livello di complessità, presentino le medesime caratteristiche, sono stati fatti confluire in aree di risultato differenti in virtù delle seguenti considerazioni, oltre che del diverso meccanismo di remunerazione:

- le prestazioni erogate a pazienti solventi hanno un contenuto differente rispetto a quelle erogate a pazienti in regime istituzionale;
- i pazienti in regime istituzionale che provengono dal Ssr sono sottoposti a protocolli di cura specifici, espressamente definiti dal soggetto regolatore, e beneficiano, pertanto, di prestazioni differenti da quelle erogate ai pazienti in mobilità attiva.

4.2. L'analisi del processo produttivo: individuazione e alimentazione dei centri di costo

Una volta individuate le aree di risultato, alcuni costi sono stati attribuiti con procedimento diretto alle stesse a partire da una serie di ipotesi che verranno presentate in seguito (costi diretti per paziente/giornata di degenza). Nel caso dei costi indiretti, invece, non è stato possibile individuare una relazione causale immediata tra i costi aggregati per natura nel piano dei conti di contabilità generale e i singoli oggetti di costo (paziente e/o giornata di degenza). In tal caso è stato, pertanto, necessario individuare il reticolo attraverso il quale impostare le rilevazioni di costo nel sistema di contabilità analitica. È proprio la configurazione e l'articolazione di

Tabella 1

Le aree di risultato

		Provenienza		
		Attività accreditata		Solventi
		SSR	Mobilità attiva	
Livello di complessità	1		Patologie prevalenti di lieve complessità. La categoria accoglie tipicamente gli accompagnatori di pazienti più gravi.	Patologie prevalenti di lieve complessità. La categoria accoglie tipicamente gli accompagnatori di pazienti più gravi.
	2	Patologie a carico del sistema cardiaco e respiratorio in pazienti stabilizzati. Pazienti affetti da fratture di media gravità.	Patologie a carico del sistema cardiaco e respiratorio in pazienti stabilizzati. Pazienti affetti da fratture di media gravità.	Patologie a carico del sistema cardiaco e respiratorio in pazienti stabilizzati. Pazienti affetti da fratture di media gravità.
	3	Patologie gravi a carico del sistema cardiaco e respiratorio in pazienti non stabilizzati. Pazienti affetti da patologie tumorali, da gravi demenze e da fratture scomposte di gravità significativa. Pazienti tipicamente allettati.		Patologie gravi a carico del sistema cardiaco e respiratorio in pazienti non stabilizzati. Pazienti affetti da patologie tumorali, da gravi demenze e da fratture scomposte di gravità significativa. Pazienti tipicamente allettati.

tale reticolo che determina la complessità del sistema.

Nel caso dell'azienda oggetto di analisi, tale reticolo è stato impostato in base al cosiddetto orientamento alle fasi, o sistema per Centri di costo (CdC). La nozione di CdC è collegata all'individuazione di unità di rilevazione contabile in relazione alle quali scomporre il processo di produzione economica in fasi, al fine di individuare le modalità di consumo delle risorse all'interno dell'azienda.

I CdC, infatti, si identificano sostanzialmente con le fasi che compongono il processo di produzione economica e/o le unità operative/funzioni presenti all'interno dell'azienda.

Nel nuovo sistema sono stati individuati 26 CdC,³ di cui 22 relativi a risorse indirette e 4, che accolgono risorse che da un punto di vista gestionale si configurano come dirette, ma che, a causa dell'assenza di una specifica procedura di rilevazione, sono state trattate come indirette.

Nel passaggio successivo si è proceduto all'attribuzione dei costi del piano dei conti di contabilità generale ai singoli CdC, pas-

sando, pertanto, da una logica di classificazione delle risorse per natura a quella per destinazione.

4.3. La determinazione del costo della prestazione (giornata di degenza)

L'ultima fase del processo è rappresentata dall'imputazione dei CdC alle aree di risultato attraverso l'individuazione di opportuni *driver*, ovvero indicatori in grado di misurare l'intensità con cui gli oggetti di costo assorbono l'attività dei CdC. Il *driver* deve essere in grado di rappresentare il nesso di causalità tra l'attività del CdC e lo sforzo richiesto allo stesso da parte dei singoli pazienti/giornate di degenza.

Tuttavia alcuni CdC non forniscono i propri servizi all'oggetto del costo: tali centri, detti centri intermedi, non imputano i propri costi sui pazienti/giornate di degenza, ma li riallocano ai CdC cui forniscono i propri servizi.

Il principio che deve ispirare il processo di riallocazione dei costi consiste nell'esplicitazione delle relazioni di causa-effetto che si instaurano tra differenti CdC.

Nello specifico, i CdC intermedi individuati sono: (i) Manutenzione (riallocato in base al valore dei cespiti di ogni CdC); (ii) Sede (riallocato sulla base dei metri quadri occupati); (iii) Personale/Qualità (riallocato sulla base del numero di persone che operano in ogni CdC).

Una volta riallocati i CdC intermedi sugli altri CdC, si è proceduto, pertanto, a imputare questi ultimi alle aree di risultato.

Come già accennato in precedenza, l'aspetto critico di questa fase è rappresentato dalla necessità di individuare un criterio di imputazione che sia realmente in grado di rappresentare le modalità di assorbimento dei CdC da parte delle aree di risultato; è, infatti, dall'accuratezza di tale scelta che dipende l'affidabilità dei dati di costo per prestazione in un contesto, come quello analizzato, caratterizzato dalla presenza di una rilevante componente di risorse comuni.

Dall'analisi del modello produttivo dell'azienda è emersa l'esistenza di 5 differenti tipologie di *driver*:

– *ricavi - costi addebitati*. Poiché in un'impresa, quand'anche di natura sanitaria, obiettivo della direzione aziendale è quello di massimizzare la redditività delle diverse aree di risultato, il costo del CdC Direzione generale viene imputato sulla base del cosiddetto «Valore aggiunto», ovvero la differenza tra ricavi, costi diretti e tutti gli altri costi indiretti, a eccezione di quello della Direzione generale stessa;

– *giornate di degenza*. Questo *driver* viene considerato espressivo del livello di assorbimento del costo dei Servizi operativi (ovvero lavanderia, mensa, pulizie) e delle Attrezzature generiche di reparto (letti, impianti di condizionamento, attrezzature varie), poiché tali centri di costo erogano servizi che non risentono della diversa complessità dei pazienti, ma solo del numero di giorni che gli stessi trascorrono presso la casa di cura;

– *numero pazienti*. In funzione della loro attività, il costo dei CdC Contabilità/Acquisti, Accettazione e Laboratorio routine deriva dal numero dei pazienti presenti presso la casa di cura, indipendentemente dal livello di complessità degli stessi e dal numero di giornate trascorse presso la struttura;

– *numero referenze per gg.-paziente*. Con riferimento alla Farmacia, l'assorbi-

mento delle risorse dipende non solo dal numero di giornate di degenza (per diverse tipologie di pazienti), ma anche dal numero di referenze farmacologiche somministrate giornalmente al singolo paziente. Per determinare tale indicatore si è proceduto all'analisi di un campione significativo di schede di dimissione ospedaliera, campione rappresentativo del *mix* di pazienti abitualmente presenti presso la casa di cura. L'analisi ha consentito di determinare il numero medio di referenze per paziente e il costo medio a giornata per paziente dei consumi di farmaci;

– *gg. degenza ponderate*. Questo *driver* viene utilizzato per tutti quei CdC la cui attività risente non solo delle giornate di degenza, ma anche del livello di complessità dei pazienti. Se si fosse assunto quale *driver* le giornate di degenza non ponderate, il nuovo sistema sarebbe incappato nella trappola del costo medio e del sovvenzionamento incrociato tra aree di risultato di differente complessità.

Con riferimento a quest'ultimo punto, per determinare i fattori di ponderazione delle giornate, funzionali all'esplicitazione del diverso assorbimento delle risorse da parte di pazienti di complessità differente, è stato adottato il metodo delle interviste strutturate al personale medico-sanitario. Le interviste sono state effettuate prima ai medici presi singolarmente e poi in sede congiunta, in modo, dapprima, di evitare influenze reciproche e, poi, di comprendere e gestire eventuali significative dissonanze su alcuni aspetti. Attraverso tali interviste sono state ricostruite le attività/prestazioni svolte in ciascuna fase del processo produttivo (CdC) con riferimento alle diverse classi di pazienti.

Questo ha consentito la creazione di profili di assistenza per livello di complessità. La **tabella 2** sintetizza i risultati di tale processo: se letta in verticale, consente di rappresentare il *mix* di prestazioni di cui beneficia ciascuna tipologia di paziente, mentre, se letta in orizzontale, descrive il diverso sforzo richiesto dalle aree di risultato a un medesimo CdC.

Una volta ottenuta una dettagliata descrizione del profilo assistenziale associato a ogni classe di paziente, è stato necessario quantificare, attraverso dei coefficienti di

Tabella 2
La descrizione dell'attività dei CdC per la determinazione delle giornate di degenza ponderate

#	Descrizione CdC	Descrizione attività		
		1	2	3
8	Direzione sanitaria	Coordina l'attività medica nel suo complesso	Coordina l'attività medica nel suo complesso	Coordina l'attività medica nel suo complesso
9	Primari	Il primario vidima solo le cartelle e referta ECG	Il primario vidima le cartelle e fa la visita una volta alla settimana con ogni medico	Il primario vidima le cartelle e fa la visita una volta alla settimana con ogni medico
10	Medici di guardia	Interviene su richiesta solo in casi eccezionali	Interviene su richiesta con frequenze significative, sebbene per interventi generalmente semplici	Interviene su richiesta, su pazienti che hanno bisogno di assistenza assidua. Riceve una consegna specifica da parte del medico di turno
11	Medici di turno	Il medico gestisce il paziente dal punto di vista prettamente relazionale e assistenziale di base. Effettua visita di ingresso e prescrive eventuali accertamenti dal lunedì al venerdì	Il medico dedica un impegno assistenziale e clinico significativo. Attività burocratica pre e post dimissione significativa solo per i trentini	Il medico dedica un impegno clinico significativo e anche un elevato impegno nei confronti dei familiari. Attività burocratica pre e post dimissione
12	Infermieri	Prepara ed eroga la terapia (se prevista), controlla pressione arteriosa e frequenza cardiaca, effettua prelievo ematico e accompagna il medico durante il giro visite. Risponde al campanello, se suona, e valuta se chiamare il medico di guardia o somministrare la terapia al bisogno. Se necessario, aggiorna la terapia. Gestisce la modulistica relativa alle prescrizioni mediche. Effettua ECG e HGT	Eroga la terapia e accompagna il medico durante il giro visite. Risponde al campanello che suona spesso. E la stessa tipologia di intervento del paziente 1, ma con un numero maggiore di accessi sul singolo paziente. Impegno assistenziale più elevato. Controllo delle dermatomicosi. Possibili interventi di medicazione. Prenota l'ambulanza. Compila la modulistica relativa alla richiesta di attivazione di UVM. Compila la scheda assistenziale pre-dimissione, gestisce colostomie, urostomie. Sostituisce catetere vescicale	Oltre a tutta l'attività prevista per i pazienti 2, viene erogata attività di monitoraggio delle funzioni vitali (respiro, diuresi, idratazione, parametri cardiaci, ecc). Elevato numero di medicazioni
13	OSS	Generalmente nessun intervento	igiene (sostituzione pannolini), trattamento antimicotico, posizionamento e cambio posture, bilancio idrico, gestione alvo diuresi, imbocco, bagno assistito, deambulazione assistita, risposta alle chiamate	igiene (sostituzione pannolini), trattamento antimicotico, posizionamento e cambio posture, bilancio idrico, gestione alvo diuresi, imbocco, bagno assistito, deambulazione assistita, risposta alle chiamate
14	Fisioterapia	Kinesiterapia di gruppo (arti superiori e inferiori), ginnastica respiratoria, terapie strumentali (elettroterapia, laserterapia, ultrasuoni, magnetoterapia), massoterapia, training deambulatorio. Terapia di gruppo (10 per gruppo)	Kinesiterapia individuale e di gruppo (arti superiori e inferiori), ginnastica respiratoria, terapie strumentali (elettroterapia, laserterapia, ultrasuoni, ionoforesi, magnetoterapia), massoterapia, training deambulatorio	Usano poco la fisioterapia. Eventualmente mobilitazione a letto. Possibile kinesiterapia individuale
15	Radiologia ed ecografia	Possibili solo interventi ecografici di modesta frequenza	Frequente utilizzo di ecografie	Medio utilizzo di radiografie
16	Psicologia	Tecniche di rilassamento (1/4 del tempo dello psicologo)	Colloqui individuali (3/4 del tempo dello psicologo) e tecniche di rilassamento (1/4 del tempo dello psicologo)	Generalmente nessun intervento
17	Psichiatria	Generalmente nessun intervento	Colloquio impegnativo	Interviene solo sui pazienti dementi
18	Fisiatria	Visita fisiatrice	Visita fisiatrice	Raramente visita fisiatrice
19	Palestra	Utilizzo sistematico della palestra	Svogliono anche molta attività in stanza e/o in reparto	Generalmente nessun intervento
23	Laboratorio ripetuto	Generalmente assente	Tante ripetizioni di esami singoli	Meno ripetizioni, ma più esami
24	Ossigeno / Emogas	Generalmente assente	Utilizzo elevato in virtù della presenza di numerosi pazienti con insufficienza respiratoria cronica	Utilizzato, ma meno frequente che nei pazienti di tipo 2
25	Presidi	Generalmente assente	Utilizzo medio	Utilizzo elevato

Nota: il tempo degli OSS è dedicato per l'80% ai pazienti del SSP e per il 20% ai pazienti non SSP, sulla base del livello di complessità dei pazienti stessi.

ponderazione, la diversa intensità di assorbimento delle risorse. Questo passaggio è risultato particolarmente lungo e complesso e deriva da un'attenta analisi dei processi produttivi e ha richiesto, pertanto, la partecipazione attiva del personale sanitario. I coefficienti sono stati determinati attraverso la seguente logica: per ogni fase del processo assistenziale è stata identificata la tipologia di paziente a più basso sforzo; a partire da questo, le altre tipologie sono state quantificate come esito di un processo moltiplicativo. Tale fattore moltiplicativo è stato definito, di volta in volta, basandosi su dati oggettivi, spesso legati alla misurazione del tempo necessario all'erogazione della prestazione. Si consideri, ad esempio, il caso del CdC Fisioterapia: nei pazienti con livello di complessità 3 (ovvero pazienti non autosufficienti e allettati, tabella 1) l'attività del fisioterapista si limita a brevi sedute presso la stanza del paziente. Al contrario, i pazienti con minore complessità (1) presentano un fabbisogno di fisioterapia che può essere soddisfatto attraverso delle sessioni collettive di un'ora durante le quali vengono seguiti fino a 5 pazienti contemporaneamente. Infine, i pazienti che appartengono alla classe 2 necessitano di sedute individuali della durata di 25-30 minuti.

Questa tipologia di analisi, condotta su ogni fase del processo assistenziale, ha consentito di individuare i coefficienti di ponderazione sintetizzati nella **tabella 3**.

4.4. I risultati ottenuti

Al fine di testare il funzionamento del sistema descritto, si presentano i risultati di una simulazione svolta a partire dai dati di attività e di Conto economico relativi all'esercizio 2008.

Con riferimento all'attività, poiché nel periodo in esame le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera contenevano il dato relativo alla provenienza dei pazienti (Ssr, Mobilità attiva, Solventi), ma non al livello di complessità degli stessi (tabella 1), si è proceduto, d'accordo con la direzione aziendale e dopo aver sentito il personale sanitario, alla ripartizione dell'attività erogata nel 2008, sulla base del *mix* effettivo osservato nella casa di cura nei primi mesi del 2010 (tabella 5).

L'applicazione di detto *mix* di pazienti e del modello di determinazione dei costi fin qui descritto ha consentito di calcolare il margine netto di segmento associato a ciascuna area di risultato (**tabella 4**).

#	Descrizione CdC	SSR			Mobilità attiva			Solventi		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
8	Direzione sanitaria	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Primari	1	2	2	1	2	2	1	2	2
10	Medici di guardia	1	5	9	1	5	9	1	5	9
11	Medici di turno	1	4	6	1	4	6	1	4	6
12	Infermieri	1	4	6	1	4	6	1	4	6
13	Oss	0	4	8	0	1	2	0	1	2
14	Fisioterapia	3	6	1	3	6	1	3	6	1
15	Radiologia ed ecografia	2	5	2	2	5	2	2	5	2
16	Psicologia	1	9	0	1	9	0	1	9	0
17	Psichiatria	0	4	1	0	4	1	0	4	1
18	Fisiatria	4,5	4,5	1	4,5	4,5	1	4,5	4,5	1
19	Palestra	1	2	0	1	2	0	1	2	0
23	Laboratorio ripetuto	0	1	1,5	0	1	1,5	0	1	1,5
24	Ossigeno / Emogas	0	1,5	1	0	1,5	1	0	1,5	1
25	Presidi	0	1	2,3	0	1	2,3	0	1	2,3

Tabella 3
I fattori di ponderazione delle giornate di degenza

Tabella 4

Il margine di segmento per area di risultato

	SSR 2	SSR 3	Mobilità attiva 1	Mobilità attiva 2	Solventi 1	Solventi 2	Solventi 3
RICAVI TOTALI	149	146	149	149	125	125	124
Totale costi variabili	(15,3)	(17,8)	(9,6)	(14,0)	(10,3)	(16,0)	(18,5)
MARGINE DI CONTRIBUZIONE	133	128	139	135	114	109	105
Totale costi fissi	(114,2)	(136,9)	(77,5)	(102,2)	(75,7)	(100,3)	(107,9)
MARGINE NETTO DI SEGMENTO	19,2	(9,1)	61,6	32,6	38,8	8,5	(2,5)

Tabella 5

Il mix di attività (gg. degenza)

	SSR		EXTRA		SOLVENTI		
	2	3	1	2	1	2	3
Ripartizione gg. degenza 2008	18,0%	19,0%	2,3%	57,1%	0,2%	1,6%	1,8%

Dall'analisi del Conto economico per area di risultato emerge come, a fronte di un dato medio di margine netto di 22 euro, si riscontrano significative differenze tra le diverse tipologie di pazienti che compongono il *mix* dell'attività della casa di cura (tabella 5).

In particolare, sulla base degli esiti dell'analisi effettuata e delle informazioni fornite dal personale medico, entrambi utilizzati ai fini della misurazione della redditività per giornata di degenza, emerge come, con riferimento ai pazienti con complessità 3, i ricavi non siano sufficienti a coprire le risorse assorbite. Questo dato risulta particolarmente critico per i pazienti Ssr e significativamente allarmante se si considera che il valore del margine netto di segmento a giornata è calcolato al lordo delle imposte, degli oneri finanziari e di altre eventuali componenti di natura non operativa (complessivamente quantificabili in ulteriori 13 euro per giornata di degenza).

Il sistema descritto sconta, tuttavia, alcune criticità:

– l'esigenza di definire un criterio per leggere la complessità dei pazienti di tipo *evidence based*, dal momento che non sono disponibili classificazioni riconosciute, in letteratura o a livello legislativo, con riferimento all'attività lungodegenziale (al contrario, ad esempio, di quanto avviene per l'attività riabilitativa);

– l'assenza di rilevazione del consumo di risorse dirette e la conseguente necessità di effettuare un'analisi campionaria sulle schede di dimissione ospedaliera al fine di determinare un dato medio stimato dei consumi (farmaci, emogas, laboratorio).

Qualunque processo di determinazione dei costi, infine, produce informazioni che non costituiscono dati oggettivi quando sui diversi oggetti di analisi (nel nostro caso, pazienti/giornate di degenza) insistono risorse comuni, non riconducibili in maniera univoca a oggetti distinti (costi indiretti).

Esiste, tuttavia, un diverso livello di qualità delle informazioni prodotte in virtù del grado di rigore metodologico con il quale vengono elaborate le ipotesi alla base del funzionamento del sistema.

5. Conclusioni

Alla luce di quanto sin qui discusso, il presente articolo si è posto l'obiettivo di comprendere quali metodologie di analisi e misurazione economica possano essere utilizzate per determinare il costo di prestazioni lungodegenziali.

L'analisi del caso, nello specifico, consente di evidenziare i seguenti aspetti:

– con riferimento ai passaggi metodologici necessari per misurare il costo delle

prestazioni lungodegenziali, caratterizzate da un elevato grado di personalizzazione, è utile coniugare metodi «tradizionali» (*step-down cost accounting*) con analisi finalizzate a ricostruire il livello di complessità delle diverse attività che concorrono a definire il processo produttivo. In tal senso, l'aspetto a più elevato grado di criticità è rappresentato dall'individuazione di opportuni *driver* (non necessariamente di tipo volumetrico) in grado di spiegare il livello di assorbimento delle risorse con riferimento a ciascuna tipologia di prestazioni. La matrice di ponderazione delle giornate di degenza (tabella 3) rappresenta un tentativo in tale direzione;

- la scelta dei possibili criteri di classificazione delle linee di attività produttiva non può prescindere da un'analisi dei differenti livelli di complessità dei singoli pazienti. Con riferimento a questo punto, risulta fondamentale il coinvolgimento del personale sanitario, il cui apporto rappresenta il fattore critico di successo nell'implementazione di questa tipologia di sistemi;

- tale partecipazione è, altresì, imprescindibile con riferimento al processo di individuazione dei parametri atti a descrivere l'assorbimento delle risorse da parte delle diverse linee di attività produttiva. Come emerso nel caso, uno degli aspetti più problematici è rappresentato dalla traduzione in termini quantitativi di processi di difficile standardizzabilità;

- gli strumenti di programmazione e controllo di gestione in tale ambito non solo forniscono un indispensabile supporto informativo attraverso la reportistica di base, ma, nel momento in cui si procede a una loro progettazione e implementazione, rappresentano una fondamentale occasione di apprendimento organizzativo, poiché richiedono agli attori coinvolti una riflessione critica sulle modalità di produzione ed erogazione delle prestazioni, rendendo esplicite le attività a valore aggiunto per il paziente e consentendo una riprogettazione delle altre.

In termini più generali, quest'ultimo aspetto rende evidente il legame che esiste tra le logiche di razionalizzazione operativa e quelle di razionalizzazione economica. Sebbene tra le due dimensioni non esista una chiara pre-

valenza dell'una sull'altra e ciascuna agisca in maniera autonoma, per il conseguimento delle finalità che le sono proprie, è innegabile che le azioni poste in essere su una determinino effetti anche sull'altra. Nello specifico, interventi di revisione dei meccanismi di misurazione delle performance possono evidenziare la necessità di attivare iniziative di governo dei processi operativi; d'altra parte, azionare le leve della razionalizzazione operativa può mettere in luce l'esigenza di riprogettare gli strumenti di governo economico. In sintesi, se opportunamente integrati, i due sistemi possono dar vita a un circolo virtuoso di generazione di valore.

Si tenga, inoltre, presente che le logiche di misurazione delle performance economiche assumono connotazioni differenti in relazione alle diverse finalità loro assegnate. È possibile riconoscere, in linea teorica, l'esistenza di almeno tre macro-obiettivi della misurazione economica: (i) supporto ai processi decisionali interni; (ii) evidenza alla base di interventi di *pricing*, inteso sia come scelte autonome (ad esempio sull'area in solvenza) sia come negoziazione con il regolatore istituzionale (ad esempio nella definizione delle tariffe); (iii) *accountability*. Nel caso specifico, l'implementazione del sistema di misurazione dei costi delle prestazioni è nata per perseguire la prima delle tre finalità citate. Tuttavia gli esiti dell'analisi prodotta evidenziano come sia riduttivo ipotizzare l'esistenza di un'unica tipologia di prestazioni lungodegenziali e come, di conseguenza, sia necessario procedere a differenziare la remunerazione attesa per le diverse attività, intesa sia come retta *out of pocket* corrisposta dal paziente in regime di solvenza, sia come tariffa riconosciuta dal regolatore pubblico per prestazioni accreditate. Infine, il sistema introdotto contribuisce a incrementare il livello di rendicontazione per tutti i soggetti che gravitano nel Ssr.

Un'ultima considerazione merita, infine, il possibile utilizzo degli esiti del processo di analisi e misurazione come supporto alle scelte del decisore pubblico nella definizione di meccanismi di remunerazione delle aziende di erogazione di prestazioni lungodegenziali. L'analisi del caso contribuisce al dibattito in atto sul tema della determinazione dei costi delle prestazioni sanitarie, fornendo alcuni spunti di riflessione:

– prima ancora di chiedersi come può essere determinato il costo standard delle prestazioni sanitarie, bisognerebbe riflettere su come sia possibile costruire delle prestazioni standard. Il caso dimostra, ad esempio, come nello specifico contesto dell'attività lungodegenza, non esista solo una tipologia di prestazioni (come presuppone il nomenclatore, prevedendo un'unica tariffa per giornata di degenza), ma si rilevino livelli di complessità significativamente differenti e una pluralità di profili di cura;

– proprio la segmentazione dei profili di cura diviene un passaggio fondamentale nella definizione del costo standard delle prestazioni.

Se da un lato il caso analizzato gode del vantaggio di aver isolato il fenomeno lungodegenza, indagandone, con un significativo grado di dettaglio, gli aspetti più specifici, dall'altro risente di un limite strutturale derivante dalla scelta di focalizzarsi su un'unica azienda, fattore che inficia la generalizzabilità dei risultati. In tale ottica, un possibile ambito di sviluppo è rappresentato dall'applica-

zione del modello descritto a una pluralità di casi, al fine di meglio testarne la solidità e di consentire analisi di *benchmarking*.

Note

1. In particolare Gottlieb (1989, p. 13) scrive: «*whereas cost accounting covers a wide range of subjects, the cost accounting objectives of most hospitals today are limited to "cost finding". The cost finding simply described, is: the study of cost behaviour and the identification of total (full) costs and those components that comprise total cost. It should be noted that cost finding is only a initial step. Costing should not be performed solely to identify the cost of services and products so as to achieve a business objective...*».
2. Alcune considerazioni sui termini e le metodologie più importanti sono riportate in Horngren, Foster (1987).
3. I CdC individuati sono: Manutenzione; Sede; Direzione generale; Personale/Qualità; Servizi operativi; Contabilità/Acquisti; Accettazione; Direzione sanitaria; Primari; Medici di guardia; Medici di turno; Infermeria; OSS; Fisioterapia; Radiologia ed ecografia; Psicologia; Psichiatria; Fisiatria; Palestra; Farmacia; Farmaci; Laboratorio routine; Laboratorio ripetuto; Ossigeno/Emogas; Presidi; Attrezzature generiche di reparto. Di questi, i CdC Farmaci, Laboratorio routine, Laboratorio ripetuto e Presidi sono costi diretti da un punto di vista gestionale, ma sono stati trattati come indiretti per agevolare il processo di attribuzione.

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

- AGLIATI M. (1990), *La contabilità direzionale*, Cusl, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whiter management in the Italian National Health Service?», *International Journal of Health Planning and Management*, 21(4), pp. 327-355.
- BANKER R.D., JOHNSTON H.H. (2007), «Cost and profit driver research», in C. S. Chapman, A. G. Hopwood, M.D. Shields (edited by), *Handbook of management accounting research*, Elsevier, Boston MA.
- BERGAMASCHI M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BERGAMASCHI M., LECCI F., MORELLI M. (2010), «Il cost management delle attività no core nelle aziende sanitarie», *Economia & Management*, 3/2010.
- BORGONOV E. (2004), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CASATI G. (1996) (a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CASATI G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- DOYLE D.P. (2002), *Cost Control: a Strategic Guide*, CIMA Publishing.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FERRETTI M., ZANGRANDI A. (2009), *Le misurazioni economiche negli enti pubblici*, Egea, Milano.
- FRANCESCO A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Cedam, Padova.
- GOTTLIEB J.A. (1989), *Healthcare Cost Accounting: practice and applications*, Healthcare Financial Management Association, Illinois.
- HORNGREN C., FOSTER G. (1987), *Cost accounting: a managerial emphasis*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- LONGO F., TANZI E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Egea, Milano.

Le indagini di soddisfazione del paziente come strumento di governance nelle aziende sanitarie

ROBERTA BELLINI, GIANNI BONELLI, NICOLA GIORGIONE

The ability to collect and elaborate the patient's views and to monitor their perception of the service becomes a major input for the design of services and for the measuring of its value. To be aware of any potential problem connected to the relation «user / service» allows you to find the design parameters of activities and it also represents an innovative tool for measuring of the created value, as well as allow citizen participation in company decisions. It is therefore obvious that the customer's satisfaction survey is the means for introducing the patient's needs at the heart of corporate strategic decisions.

Keywords: customer's satisfaction survey, perceived quality, measuring of the created value

Parole chiave: customer satisfaction, qualità percepita, misura del valore

Note sugli autori

A.O. «SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo» di Alessandria:
Roberta Bellini è responsabile dell'Ufficio Qualità, rbellini@ospedale.al.it
Gianni Bonelli è Direttore amministrativo, gbonelli@ospedale.al.it
Nicola Giorgione è Direttore generale, info@ospedale.al.it

1. Introduzione

L'abbrivio all'implementazione di un progetto di indagine della soddisfazione dei clienti è stato fornito da una situazione di crescente difficoltà nei rapporti dell'Azienda con l'esterno, reso evidente sia dal dibattito politico locale sia dalla pubblicazione di una serie di articoli sulle testate e sugli organi di stampa.

Si è venuta, dunque, a creare la necessità di dover affrontare il problema del recupero della credibilità e della fiducia della cittadinanza, che è parzialmente coinciso con il cambio del vertice aziendale e, quindi, anche con un parziale cambiamento di rotta nelle politiche e strategie della Direzione, che ha fatto della centralità del paziente e del recupero della componente umana nel rapporto tra professionista e paziente il fulcro della propria politica.

È stato dato, pertanto, avvio a un'incisiva campagna di comunicazione, informazione e condivisione con i propri utenti incentrata, per quanto riguarda la componente relazionale, sul progetto di indagine di *customer satisfaction*, progettato alla fine del 2008 e implementato nel corso del 2009.

È stato istituito un gruppo di lavoro – costituito da Direzione sanitaria, Sistema Qualità, Relazioni esterne, Psicologia – che progettasse uno strumento di rilevazione in grado di far emergere la reale percezione dei clienti/pazienti sui servizi erogati dall'Azienda e che desse evidenza della crescente attenzione posta in essere ai bisogni dei pazienti.

Il progetto implementato, e descritto di seguito, ha perseguito il raggiungimento di questo e di altri obiettivi, non da ultimo la

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Nota metodologica
3. Raccolta questionari e analisi risultati
4. *Feed-back*
5. Individuazione e pianificazione azioni di miglioramento
6. Conclusioni

necessità di *accountability* dei risultati aziendali che, in questo modo, non vengono misurati esclusivamente dal risultato economico, ma anche attraverso la verifica dell'effettivo grado di soddisfacimento raggiunto.

Per dare, inoltre, al progetto un reale impatto e per favorire all'interno dell'Azienda lo sviluppo della cultura della misurazione e del miglioramento continuo della qualità, coinvolgendo i diversi livelli decisionali, si è deciso di inserire nei sistemi e meccanismi di valutazione aziendale la valutazione del paziente sugli aspetti relazionali e relativi alla qualità dell'assistenza.

2. Nota metodologica

La progettazione e implementazione dell'indagine ha, quindi, seguito un percorso metodologico strutturato, che ha considerato tutti gli elementi propri di una corretta indagine di mercato e che è generalmente difficile vedere applicato in maniera estesa a una realtà come può essere quella di un'azienda sanitaria.

In questo modo si è voluto rendere manifesti i presupposti della rigosità e della metodicità con cui l'Azienda ha affrontato il problema; inoltre, si è posta una particolare attenzione agli aspetti correlati alla comunicazione e alla condivisione del progetto stesso («Fatti sentire... ti ascoltiamo!»), sia internamente che all'esterno, con la consapevolezza che tale trasparenza avrebbe altresì significato una forte assunzione di responsabilità da parte della direzione e delle diverse strutture, anche e soprattutto nel modo di gestire e prendere in carico quanto sarebbe emerso dall'indagine.

Il progetto non intendeva essere, infatti, una semplice osservazione, una valutazione della qualità percepita dai nostri pazienti/clienti, della loro soddisfazione, ma il perseguimento della soddisfazione stessa attraverso responsabilizzazione, condivisione e implementazione dei correttivi necessari; un'opportunità per inserire le valutazioni e i bisogni dei fruitori di servizi sanitari all'interno delle scelte strategiche e di programmazione aziendale.

La situazione di partenza aveva visto, negli anni passati, l'implementazione in Azienda di indagini di *customer satisfaction* gestite in autonomia dalle diverse strutture aziendali

(in tutte le fasi, dalla progettazione, all'analisi, alla gestione di eventuali correttivi), e solo da quelle strutture fino a oggi coinvolte nel percorso di certificazione di qualità (circa il 60% del totale).

Il risultato erano stati questionari non uniformi, progettati senza tenere conto dei criteri propri di questi tipi di indagine: non venivano sottoposti a valutazione tutti i fattori che sono ritenuti, dalla letteratura, influenzare il livello di qualità percepito da chi riceve una prestazione sanitaria; le scale utilizzate spesso non permettevano l'espressione corretta di una valutazione; i criteri di campionamento e l'identificazione erano per lo più lasciati al caso ma, soprattutto, la gestione dei correttivi (spesso correlati ad aspetti per i quali la singola struttura neppure aveva a disposizione le leve per la loro gestione) e il ritorno informativo ai pazienti o all'Azienda era quasi del tutto inesistente.

Ha costituito, quindi, elemento innovativo, al di là della metodologia implementata, la diffusione del progetto a tutte le strutture sanitarie dell'Azienda, che si sono misurate con un questionario di valutazione comune, con criteri unificati, elementi di valutazione uniformi, la cui consuntivazione e analisi sono state effettuate a livello centrale; in questo modo si è sollevata la componente sanitaria dalla progettazione dello strumento di valutazione (la cui effettuazione richiede competenze specifiche e non può essere «improvvisata») e dall'onere di analizzare i dati; dati che, diventano così patrimonio informativo dell'Azienda e non esclusivo delle singole strutture.

Tale aspetto ha permesso valutazioni di singole strutture, confronti tra strutture simili e, in generale, la valutazione globale dell'Azienda, attraverso quella specifica sulle singole strutture.

Inoltre, l'indagine ha coinvolto, in un'ottica di cliente/fornitore interno, anche tutte le strutture amministrative e di staff, in quanto «corresponsabili» del raggiungimento di adeguati livelli del servizio reso, in ultimo, al cliente/paziente.

Anche per quanto riguarda queste indagini, sono stati individuati i «clienti», raccolti e analizzati i risultati, fornito *feed-back* agli attori coinvolti, pianificate e implementate le opportune azioni di miglioramento.

Le fasi della progettazione sono descritte nei prossimi paragrafi.

2.1. Indagine di archivio

Al fine di orientare l'indagine, il gruppo di lavoro ha preso in esame i risultati rilevati nelle precedenti indagini aziendali e di settore e le eventuali criticità emerse; è stata effettuata un'analisi delle problematiche correlate alla modalità/strumento di rilevazione della soddisfazione effettuata a livello aziendale negli anni precedenti e, poiché la raccolta dei dati sulla soddisfazione del cliente può essere di tipo attivo (raccolta effettuata tramite interviste ai clienti e/o questionari) o passivo (raccolta effettuata tramite la registrazione, a cura dell'organizzazione, di tutte le informazioni, segnalazioni, suggerimenti di ritorno dal cliente, e in base alla quale l'organizzazione registra e gestisce i reclami, nonché rilevazione e interpretazione di eventi sentinella), sono stati analizzati anche i reclami pervenuti negli anni precedenti.

Criticità riscontrate nelle precedenti rilevazioni

Con le implementazioni successive di indagine sono state rilevate (e corrette per quanto possibile) alcune criticità relative allo strumento e alle modalità organizzative con cui si sono svolte le rilevazioni e che riguardano principalmente:

- *la comprensibilità dello strumento* – nello specifico, il questionario – rispetto alla popolazione cui è destinato (semplificazione del linguaggio e riduzione degli *item*);
- *la sua efficacia a descrivere e delimitare l'oggetto d'indagine* (scelta delle aree e formulazione degli *item*, strumenti diversificati in relazione a diversi settori indagati);
- *la modalità di distribuzione e di recupero* (autorizzazione del direttore di SC, coinvolgimento del personale infermieristico addetto a presidiare le due fasi);
- *il trattamento dei dati* (dati trattati manualmente, in assenza di *software* e personale dedicato);
- *la reportistica e il feedback sulle azioni conseguenti* (quali i soggetti interessati ai report, assenza di *feedback* sulle azioni migliorative eventualmente implementate).

2.2. Individuazione dello strumento di indagine

Sono state valutate le varie modalità di effettuazione dell'indagine, considerando il rapporto costi/benefici associati alle diverse alternative.

Si è scelta la modalità del questionario perché, da un lato, permette di raccogliere una significativa quantità di informazioni a costi bassi e, dall'altro lato, costituisce il «primo impianto» di un sistema di rilevazione della soddisfazione del cliente a livello aziendale. Questo strumento permette di acquisire informazioni di carattere generale per poter poi, negli anni futuri, scendere ad analisi di settore e avviare politiche di miglioramento.

Tale questionario è stato somministrato con due modalità: in maniera diretta alla dimissione/esecuzione esame o visita ambulatoriale in auto-compilazione e attraverso la compilazione su sito aziendale (con il noto problema dell'autoselezione del campione).

Il questionario è stato tradotto in quattro lingue (inglese, francese, russo e arabo), per permettere una valutazione completa della popolazione, almeno per tipologia, e per garantire l'equità di trattamento.

A supporto del progetto, per la fase di aggregazione e analisi dei dati rilevati, sono state individuate le risorse, umane e strumentali, necessarie a una gestione efficace ed efficiente della rilevazione.

2.3. Coinvolgimento associazioni

Nel progettare l'indagine, è stata richiesta la partecipazione di diverse associazioni di volontariato per un coinvolgimento a diversi livelli (nella condivisione del questionario, come supporto alla somministrazione, ...), al fine di rendere il cittadino *parte attiva* del progetto.

Hanno aderito al progetto 16 associazioni di volontariato, per un totale di circa 54 volontari coinvolti.

I questionari somministrati con il supporto delle associazioni hanno costituito il campione di riferimento per valutare l'attendibilità dei risultati forniti dai questionari in auto-compilazione gestiti direttamente dal personale di reparto e per valutare se esistessero incongruenze tra i risultati forniti dai que-

stionari compilati con le due modalità (che si sono, alla fine, rivelate sovrapponibili).

2.4. Predisposizione del questionario

Consiste nella scelta del tipo di indagine, tipologie di domande, riferimento temporale, periodicità e lunghezza del questionario, metriche e scale di valutazione, identificazione dei fattori di soddisfazione.

Nella costruzione del questionario occorre avere ben chiare le informazioni da raccogliere e soprattutto la letteratura in tema di scelta della tipologia di domande da formulare (ovvero dei fattori influenzanti la qualità percepita).

Tipologie di domande e fattori da considerare

Le domande scelte sono state di tipo chiuso, poiché la maggior parte dei questionari sarebbe stata gestita in auto-compilazione; rappresenta un'eccezione la richiesta finale di altre osservazioni e suggerimenti, necessaria per dimostrare comunque attenzione all'intervistato, per lasciare la possibilità di esprimere le motivazioni a eventuali risposte negative date e per permettere al paziente di dare valutazioni su aspetti magari non ricompresi nel questionario. Le domande aperte, inoltre, vista la numerosità dei questionari somministrati, hanno comportato un lavoro aggiuntivo nell'elaborazione dei risultati prima della codificazione e dell'inserimento dei dati sul pc.

Scale e metriche di valutazione

Nel caso delle domande chiuse occorre poi porre molta attenzione alla scala di valutazione, vale a dire alla sequenza delle possibili risposte, graduate secondo un preciso criterio.

La scala di valutazione scelta è di tipo *rating* verbale ad elenco, con etichetta su ogni categoria, bilanciata (numero di categorie favorevoli uguale al numero di quelle sfavorevoli con un «punto neutro») a 5 livelli; tale scelta è stata fatta tenendo presente che:

– nelle applicazioni si utilizzano tipicamente scale con 5 o 7 livelli (con metriche e scale assolute, relative o miste); esse co-

stituiscono un buon compromesso tra la necessità di un numero di categorie non troppo elevato, tale da confondere il soggetto, e un numero non troppo basso, tale da limitarne la capacità di discriminazione;

– *le scale rating verbali ad elenco* sono le scale più comuni utilizzate nelle indagini di mercato.

Le domande, per quanto possibile, sono state formulate in modo chiaro e univocamente comprensibile.

Attributi sottoposti a valutazione

A seguito di indagini su gruppi di clienti di vari servizi (*focus group*), la letteratura ha rivelato che il cliente non valuta il servizio nel suo complesso, ma ne valuta degli aspetti particolari che poi condensa in un giudizio globale e che i consumatori adottano fondamentalmente, a prescindere dal tipo di servizio, criteri simili per valutare la qualità.

Questi rientrano in categorie chiave denominate *fattori determinanti della percezione della qualità del servizio*.

Brevemente analizziamo le ragioni che ci hanno portato alla definizione degli *item* delle diverse sezioni.

Sezione 1

La struttura del questionario si compone di una sezione anagrafica e di informativa generale sul paziente.

I dati anagrafici dovrebbero essere posti alla fine del questionario affinché l'intervistato non percepisca quest'ultimo come un'intrusione, tuttavia, data l'importanza che tali informazioni possono avere, soprattutto a livello statistico specialmente nel caso di indagine di primo impianto, abbiamo scelto di inserire tali informazioni all'inizio.

Le macroaree in riferimento alle quali sono stati individuati gli *item* sono indicate di seguito.

– *Accessibilità*. Considerata negli aspetti della prenotazione (telefonica, prenotazione al Cup) dell'accesso facilitato ai disabili, dell'orientamento nella struttura, dei tempi di attesa (alla prenotazione telefonica, allo sportello, al momento della prestazione, per ritiro del referto).

Gli *item* sono volutamente espressi in linguaggio comune e facilmente comprensibile, anche a scapito dell'eleganza linguistica. La fase della prenotazione ha rappresentato storicamente per l'Azienda una criticità, evidenziata nelle precedenti rilevazioni. Si è voluto perciò verificare se la fruibilità del servizio si fosse modificata nella percezione dell'utenza, sia per quanto riguarda la prenotazione «tradizionale», sia per la nuova modalità telefonica. È stato inserito un *item* riguardante l'accesso dei portatori di handicap e con difficoltà deambulatorie, perché questa criticità è stata segnalata da alcuni operatori e se ne è ritenuto opportuno un riscontro dagli utenti.

L'orientamento nella struttura, infine, comprende sia l'adeguatezza della cartellonistica (spesso considerata dai pazienti di difficile lettura o non aggiornata), sia la dislocazione di reparti affini in settori anche distanti dell'ospedale, con rotazioni e spostamenti frequenti determinati dalle esigenze di manutenzione dei locali.

– *Tempi di attesa.* Analizzando il percorso che fa il paziente, dal momento in cui decide di usufruire di una prestazione aziendale al momento in cui ritira il referto relativo alla prestazione stessa, si intende in questa sezione valutare il gradimento relativamente ai tempi di attesa nei vari *step* del percorso: tempo di attesa per prenotare la prestazione (presso il Cup o i singoli ambulatori che prenotano direttamente); attesa in linea, nel caso di prenotazione telefonica; attesa per usufruire della prestazione, una volta prenotata, cioè quella che comunemente è conosciuta come «lista d'attesa»; attesa il giorno della prestazione, dall'ora di prenotazione al momento dell'effettiva erogazione; tempo d'attesa necessario per la stampa e consegna dell'eventuale referto.

– *Comfort.* Di ambienti, servizi, arredi; pulizia; tranquillità e comfort; qualità, varietà, gradevolezza del cibo. In questa sezione si vuole indagare il gradimento relativamente agli aspetti «alberghieri» e strutturali (adeguatezza della struttura fisica dove viene erogata la prestazione).

I parametri scelti sono stati quelli classici riportati in letteratura e già indagati nelle precedenti rilevazioni. Si chiede perciò al paziente di esprimere una valutazione complessiva sui locali in cui viene erogata la

prestazione, compresi i servizi e gli arredi; un *item* specifico riguarda la pulizia; un altro la tranquillità e confortevolezza dei locali di attesa, visita e/o ricovero; infine il vitto, considerato complessivamente per la qualità, varietà e gradevolezza.

– *Relazione.* Con il personale di prenotazione (per gli aspetti di cortesia e sollecitudine), con il personale infermieristico (accoglienza e assistenza), con il personale medico (ascolto e disponibilità).

L'aspetto relazionale della prestazione (cioè la qualità dell'interazione fra paziente e operatore di contatto o di erogazione) viene valutato, in questa sezione, secondo alcuni parametri quali: cortesia, sollecitudine, accoglienza, ascolto e disponibilità. Tali parametri sono stati raggruppati (derogando con ciò dal principio generale dell'univocità degli *item* per non appesantire il questionario con un numero eccessivo di domande) e riferiti a differenti categorie di operatori, sulla base delle specifiche *mission* professionali.

Si è ritenuto che la relazione del personale di contatto (prenotazione, accettazione, portinerie) debba essere caratterizzata da cortesia e sollecitudine; quella del personale tecnico-infermieristico da capacità di «accoglienza» e accudimento; quella del personale medico da empatia, «ascolto» e attenzione alle problematiche sia di salute che emotive del paziente.

– *Qualità dell'assistenza.* Informazioni ricevute prima della prestazione; rispetto della privacy; informazioni sulla malattia; informazioni sulle terapie e i comportamenti successivi; organizzazione ospedaliera in relazione alla presa in carico del problema di salute (continuità delle cure); valutazione degli aspetti tecnico-professionali del personale amministrativo, medico e sanitario, infermieristico e tecnico.

L'attività «core» dell'Azienda, cioè la prestazione sanitaria, viene valutata in questa sezione attraverso i parametri ritenuti oggi importanti in letteratura e caratterizzanti un servizio di qualità: l'adeguatezza dell'informazione preventiva; il rispetto della privacy; l'informazione sulla malattia e sulle cure attuali e future; l'organizzazione ospedaliera in relazione alla più efficace presa in carico globale del paziente; gli aspetti di competenza tecnica delle diverse professionalità, amministrativi, medici/sanitari, infermieri/

tecniche. Consapevoli del fatto che il paziente non ha le competenze e conoscenze tecniche per fornire valutazioni oggettive, abbiamo voluto comunque conoscere la percezione che ha su tale aspetto, e che comunque può orientare le sue scelte successive.

Relativamente al giudizio fornito dai pazienti sulle macroaree «relazione» e «qualità dell'assistenza» sono stati assegnati obiettivi alle strutture sanitarie coinvolte.

– *Aree di possibile miglioramento (punti di debolezza del servizio).* Abbiamo inteso evidenziare eventuali criticità, che vengono esemplificate in un elenco che tiene conto sia dei dati emersi dalle precedenti rilevazioni, sia di quanto riportato in letteratura. Si chiede al paziente di esprimere un massimo di tre risposte.

– *Area del miglior gradimento (punti di forza del servizio).* Si fa riferimento a una analoga griglia, che esemplifica una serie di aspetti ritenuti importanti dagli studi della letteratura, con la possibilità di un massimo di tre risposte, di cui una aperta.

– *Soddisfazione generale complessiva.*

– *Autopercezione sull'adeguatezza del servizio e dello stato di benessere.* Si chiede di esprimere un giudizio complessivo di gradimento del servizio fruito, su una scala a 5 punti (ottimo buono accettabile scarso pessimo).

La percezione globale della qualità della prestazione fruita, pur comprendendo gli aspetti relativi alla qualità tecnico-professionale, relazionale e alberghiera, non coincide con la loro sommatoria; infatti, in ogni percezione interferiscono aspetti legati sia alla storia specifica dell'individuo che, nel caso del paziente, con la sua attribuzione di significato alla fruizione di un servizio sanitario. Tale domanda, che dovrebbe essere coerente con i giudizi espressi in precedenza, è utile ai fini di valutare il grado di attendibilità delle risposte date precedentemente e il «livello di serietà» di compilazione del questionario.

Con una domanda dicotomica, inoltre, riferita alla percezione di adeguatezza della cura, e un'altra, relativa alla sensazione di benessere dopo la fruizione della prestazione, si intende conoscere le componenti precipuamente emotive della valutazione complessiva.

– *Relazioni esterne.* Si intende conoscere se il cittadino abbia nel passato inoltrato reclami all'Urp e, in caso affermativo, se il suo reclamo sia stato trattato in maniera tempestiva e soddisfacente.

Un'ulteriore domanda è volta a valutare la conoscenza delle procedure di inoltro/segnalazione dei reclami presso l'ufficio competente.

Si vuole conoscere, inoltre, quali siano i canali privilegiati dagli utenti per ottenere informazioni sulle attività e le iniziative aziendali (elencando i principali mezzi informativi utilizzati, quali il sito internet, il medico di base, la carta dei servizi e gli opuscoli informativi, il passaparola) e il grado di completezza dell'informazione così ottenuta.

– *Osservazioni/suggerimenti.* Area a compilazione libera, che prevede la possibilità di inserire osservazioni non riconducibili ai precedenti item.

È importante, infine, consentire al compilatore del questionario di esprimere eventuali osservazioni, pensieri, suggerimenti, reclami, non riconducibili agli schemi strutturati dell'indagine, sia per ottenere ulteriori informazioni, sia perché questa possibilità ha il significato di valorizzare l'interazione tra fruitore del servizio e Azienda ospedaliera.

2.5. Determinazione del campione rappresentativo dei clienti

Consiste nell'identificazione dell'universo dei clienti di riferimento e nella scelta del campione rappresentativo di numerosità tale da fornire dati, nella precisione statistica voluta a un certo grado di probabilità.

Scegliere un campione da una popolazione significa effettuare un «campionamento».

Il principale obiettivo di un campionamento è quello di raccogliere dati che consentiranno di generalizzare, con un certo grado di certezza, all'intera popolazione le conclusioni ottenute dal campione (una parte del fenomeno). Questo processo di generalizzazione è detto «inferenza».

Metodi di campionamento

Il principio informatore generale di un buon campionamento prevede di utilizzare lo stesso principio dell'estrazione a sorte, ossia

quello della casualità assoluta, in modo tale che ciascun membro della popolazione abbia la stessa probabilità di entrare a far parte del campione.

Affidandosi al caso si ottiene, in una qualche misura, la garanzia che il campione sarà rappresentativo della popolazione stessa, ossia ne rifletterà le caratteristiche con una certa approssimazione.

Fra i metodi di campionamento esistenti, per la tipologia di indagine, è stato utilizzato un campionamento per randomizzazione semplice (o campionamento casuale semplice).

Per quanto riguarda la dimensione del campione da considerare per l'indagine, partendo dal presupposto che il margine di errore dovuto al campionamento è in relazione inversa con la dimensione del campione, ma non dipende affatto dalla numerosità della popolazione in studio, ponendosi nella condizione maggiormente cautelativa (confidenza 99% e prevalenza attesa = 0,5), lo stesso è stato definito in circa 650 unità.

Il numero dei questionari distribuiti è stato in realtà più numeroso, in quanto tutte le strutture aziendali sono state valutate nel 2009 rispetto ai risultati dell'indagine; il campione di circa 650 unità, quindi, è stato distribuito con il supporto delle associazioni di volontariato, gestito centralmente ed è servito da campione per valutare la correttezza e significatività della globalità dei questionari distribuiti.

Per le strutture è stato individuato un campione significativo (in relazione al periodo definito di somministrazione) rispetto al numero di prestazioni erogate nell'anno precedente.

2.6. Distribuzione dei questionari

Tenendo conto dei principi elaborati dalla Funzione pubblica, dalla letteratura in materia e dalle esperienze precedenti, il gruppo di lavoro ha elaborato il questionario.

Antecedentemente all'avvio della distribuzione dei questionari, all'interno del processo di *budget* e, quindi, del sistema di valutazione, è stato assegnato a tutte le strutture aziendali un obiettivo correlato ai risultati dell'indagine. Alle strutture è stato chiesto il raggiungimento di un «risultato» buono/più che buono (> = 4) nell'indagine effettuata

sulla struttura di appartenenza, sugli aspetti «relazione» e «qualità dell'assistenza», ovvero quelli correlati e dipendenti dal personale della struttura.

È chiaro che una scelta di questo genere ha suscitato alcune resistenze, soprattutto in relazione al fatto che «il paziente non può dare giudizi su attività o professionalità per le quali non ha le adeguate competenze».

Questo è sicuramente vero, ma è anche altrettanto vero che, in ogni caso, il paziente ha una propria percezione sulla prestazione ricevuta, anche su aspetti per i quali non ha delle competenze che gli consentano valutazioni in assoluto veritiere o oggettive, e che tali percezioni, innegabilmente, influenzano le sue scelte future; convenuti su questo punto si tratta di capire se queste percezioni le vogliamo conoscere, e magari «orientarle» (anche semplicemente con una comunicazione più efficace) o meno.

Data comunicazione dell'avvio del progetto a tutti i direttori di struttura, nel mese di aprile 2009 è stata effettuata una riunione con le Caposala per illustrare i dettagli operativi del progetto e richiedere alcune informazioni che permettessero di coordinare il supporto delle associazioni di volontariato, con le quali sono state fatte diverse riunioni di condivisione del questionario e di programmazione dell'attività.

Nel mese di maggio 2009 è stata effettuata una conferenza stampa per informare la cittadinanza dell'avvio del progetto, adeguatamente pubblicizzato all'interno dell'Azienda attraverso l'affissione di manifesti informativi.

A fine maggio 2009 è stato dato ufficialmente avvio al programma di *customer satisfaction* aziendale.

Quindi, si è proceduto alla distribuzione dei questionari ai pazienti (fino a esaurimento della numerosità prevista, e calcolata su un periodo di tre mesi circa) con il supporto delle associazioni di volontariato e del personale dei vari reparti.

I questionari previsti in tutto da somministrare erano circa 8000; il questionario era disponibile anche *on line* sul nostro sito.

3. Raccolta questionari e analisi risultati

Sono stati analizzati, con il supporto di uno scanner e di un SW di lettura automa-

Tabella 1

Accessibilità

	SI
È stato facile effettuare la prenotazione telefonica	85,1%
È stato facile effettuare la prenotazione presso il Cup	82,4%
È stato facile accedere alla struttura (parcheggio, mezzi pubblici)	59,9%
Vi è sufficiente attenzione all'accesso per i pazienti portatori di handicap o con difficoltà deambulatorie	75,9%
È stato facile orientarsi nella struttura	79,5%

Tabella 2

Tempi di attesa

	Accettabile
Coda allo sportello (Cup o ambulatori) per la prenotazione	61,6%
Tempo di attesa per la prenotazione telefonica	76,9%
Liste di attesa	64,9%
Tempo di attesa per ricevere la prenotazione nel giorno della visita/esame	74,1%
Tempo di attesa per il ritiro del referto	86,9%

Tabella 3

Comfort

	Buono/ottimo
Adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali della struttura ospedaliera	43,6%
Pulizia dei locali dell'ospedale	59,2%
La tranquillità e il comfort negli ambienti di visita/ricovero	54,1%
Nel caso di ricovero: qualità, varietà e gradevolezza del cibo	40,0%

tiche di fogli ingegnerizzati, in totale 5874 *questionari* di cui 795 somministrati con il supporto delle associazioni di volontariato.

Non si è rilevata sostanziale discrepanza tra i risultati emersi dai questionari in auto-compilazione e quelli compilati con il supporto delle associazioni di volontariato.

Per quanto riguarda la *parte generale* del questionario volta a individuare la composizione del campione, specificandone le caratteristiche generali si sono riscontrati i seguenti dati:

– i questionari sono stati compilati al 66,9% dal paziente stesso e al 33,1% da un genitore/parente/altro;

– il 53,1% del campione risulta essere di sesso femminile e il 46,9% di sesso maschile;

– il 93,7% dei pazienti è di nazionalità italiana e il 6,3% di nazionalità straniera;

– i residenti nel territorio della Provincia di Alessandria risultano essere il 74,5%, il 20,1% sono residenti nel territorio di un'altra Asl del Piemonte e il 5,4% del campione proviene da un'altra regione;

– relativamente all'età del paziente si riscontra che il 54,8% è *over 50*, il 24,5% è un paziente tra i 30 e i 50 anni e il 20,7% ha meno di 30 anni;

– la maggioranza del campione è composta da pensionati.

In generale, il campione è soddisfatto rispetto agli aspetti relativi all'*Accessibilità*. L'unico punto critico riguarda l'accessibilità in termini di parcheggio e mezzi pubblici per i pazienti (**tabella 1**).

Complessivamente, i *Tempi di attesa* sono risultati accettabili, anche se le liste di attesa sono state giudicate «lunghe» dal 20,6% del campione e l'8,9% degli intervistati ha giudicato eccessive le code agli sportelli per la prenotazione (**tabella 2**).

È stata apprezzata la pulizia dei locali. Risulta poco apprezzata la qualità, varietà e gradevolezza del cibo. Ritenuta parzialmente critica l'adeguatezza degli ambienti (**tabella 3**).

Riguardo alla *Qualità dell'assistenza* circa il 70% dei pazienti ha dato una valutazione tra il buono e l'ottimo, raggiungendo l'80% relativamente agli «aspetti tecnico-professionali del personale e sulle informazioni ricevute dai medici sulla malattia» come si è mostrato dalla **tabella 4**.

La valutazione complessiva relativa ai vari aspetti di *Relazione* si attesta, per circa il 75% dei pazienti, tra il buono e l'ottimo come mostra la **tabella 5**.

Alla domanda «cosa ha gradito di più» le risposte con le percentuali maggiori sono dettagliate in **tabella 6**.

Gli *aspetti da migliorare*, secondo il campione intervistato, sono dettagliati in **tabella 7**.

Da migliorare anche la diffusione delle modalità di inoltrare reclami, in quanto il 52,9% del campione intervistato dichiara di non saper come comportarsi nel caso dovesse avanzare un reclamo.

Alla fine del questionario è stata lasciata la possibilità di esprimere commenti liberi (sia su aspetti non ricompresi nel questionario, sia motivazioni di eventuali valutazioni negative) attraverso una *domanda aperta*. Gli aspetti maggiormente segnalati in questa sezione sono stati:

- maggiori informazioni al paziente (carta servizi, opuscoli, e informazioni sulla malattia);
- miglior coordinamento tra i reparti;
- semplificazione amministrativa (invio tramite *e-mail* o posta dei referti);
- attese al Cup e al Poliambulatorio Gardella;
- comfort alberghiero;
- carenza strutturale;
- parcheggi.

Nella valutazione globale, il 73,9% degli intervistati ha dichiarato di essere molto soddisfatto dando un giudizio buono e ottimo. Il 22,5% ha definito il servizio accettabile. Solo il 3,6% ha dichiarato di essere poco soddisfatto.

Secondo l'82,4% degli intervistati, il problema di salute che li ha portati presso l'Azienda ospedaliera è stato adeguatamente trattato, mentre il 14,4% non è stato in grado di valutare.

L'88% dei pazienti consiglierebbe ad altri di recarsi presso la nostra Azienda per i propri problemi di salute, il 9,5% non sa/non risponde.

All'uscita dall'Azienda, circa il 76% degli intervistati dichiara di sentirsi meglio, dato comunque confortante se pensiamo che, per quanto positivo possa essere stato l'esito delle cure, l'ospedalizzazione rimane comunque un'esperienza provante e debilitante, anche e soprattutto sul versante psicologico e sociale.

4. Feed-back

Analizzati i dati, sono stati presentati i *report* al personale dell'Azienda, alla cittadinanza e pubblicati sul sito aziendale, for-

Tabella 4
Qualità dell'assistenza

	Buono/ottimo
Le informazioni ricevute prima della prestazione (preparazione alla visita/esame/ricovero)	65,2%
Il rispetto sulla privacy (riservatezza) durante le visite, le cure e la degenza	72,8%
Le informazioni ricevute dai medici sulla malattia	76,4%
Le informazioni ricevute su terapie e comportamenti raccomandati dopo il ricovero/esame	74,4%
L'organizzazione ospedaliera nel suo insieme per l'efficiente risoluzione del suo problema di salute	65,5%
Aspetti tecnico professionali del personale amministrativo	63,7%
Aspetti tecnico professionali del personale medico/sanitario	77,7%
Aspetti tecnico professionali del personale infermieristico/tecnico	77,3%

Tabella 5
Relazione

	Buono/ottimo
Cortesia e sollecitudine del personale di contatto	68,6%
Accoglienza ed assistenza del personale infermieristico/tecnico	79,2%
Ascolto e disponibilità del personale medico	80,1%

Tabella 6
Aspetti maggiormente graditi

Cortesia degli operatori	22,1%
Disponibilità degli operatori ad ascoltare le richieste	18,9%
Disponibilità a dare informazioni sullo stato di salute	14,4%

Tabella 7
Aspetti da migliorare

Tempi di attesa	22,7%
I locali: sale d'attesa, camere, ambulatori e servizi	20,2%
Le procedure per la prenotazione	11,4%

nendo il corretto ritorno informativo agli *stakeholder*.

Il ritorno delle informazioni è un aspetto fondamentale dell'indagine, aspetto che troppo spesso viene trascurato.

La comunicazione dei risultati e degli impegni nell'implementazione dei correttivi risulta fondamentale per trasmettere trasparenza, creare fiducia e dare evidenza al fatto che l'indagine non si è limitata all'ascolto e che lo sforzo di tutti, compreso quello dei pazienti che si sono prestati a fornire la propria opinione, non è stato fine a se stesso.

5. Individuazione e pianificazione azioni di miglioramento

L'ultimo tassello del progetto, altro elemento fondamentale e sicuramente spesso trascurato, è l'inserimento dei risultati, quindi dei bisogni e delle percezioni dei pazienti/clienti, all'interno del processo di programmazione e pianificazione dell'Azienda.

Le criticità segnalate con maggior frequenza sono state valutate ed espresse in obiettivi per l'anno 2010, per gli aspetti a respiro aziendale, attraverso l'individuazione e pianificazione di specifici progetti facenti parte del Piano di miglioramento aziendale 2010, con l'individuazione dei responsabili, dei tempi relativi a ogni obiettivo e degli indicatori di monitoraggio.

Per gli aspetti specifici di pertinenza delle singole strutture, è stato chiesto a ogni direttore/responsabile di pianificare i correttivi relativi alle criticità emerse; l'attuazione di tali correttivi verrà monitorata nell'anno 2010 in sede di monitoraggio obiettivi di *budget*.

L'indagine ha evidenziato alcune carenze e possibili margini di miglioramento per i seguenti aspetti:

- 1) l'accessibilità dell'Azienda ospedaliera;
- 2) le procedure di prenotazione (Cup);
- 3) la qualità, la varietà e la gradevolezza del cibo;
- 4) le modalità di informazione agli utenti sulla procedura per inoltrare i reclami all'Urp;
- 5) la semplificazione delle procedure amministrative;
- 6) il comfort alberghiero e umanizzazione del presidio riabilitativo Borsalino.

Su tali aspetti sono stati pianificati obiettivi, indicatori, individuate le risorse in campo e le responsabilità associate, oltre alle tempistiche di raggiungimento.

Il raggiungimento di tali obiettivi, oltre alla risoluzione delle criticità relative alle singole strutture, ha costituito elemento di valutazione per l'anno 2010.

6. Conclusioni

In conclusione, i risultati emersi dall'indagine hanno confermato alcune criticità conosciute e presenti in Azienda (tempi di attesa, prenotazione presso Cup, accesso alla struttura, ...) permettendo così di avere evidenze non solo empiriche, ma supportate da dati in relazione agli aspetti su cui intervenire. Ha invece positivamente sorpreso la percezione non negativa da parte dei pazienti su alcuni aspetti ritenuti critici dall'Azienda (l'orientamento nella struttura, l'adeguatezza degli ambienti). Circa gli aspetti ritenuti centrali in questa indagine, ossia la percezione sugli aspetti relazionali e di qualità dell'assistenza, i risultati, viste le premesse, hanno superato le aspettative (sia nei questionari distribuiti dalle associazioni di volontariato che quelli compilati in auto-somministrazione), in quanto sono risultati tra i più apprezzati dai pazienti. Sicuramente tale risultato, oltre a essere confortante, ha contribuito a «riabilitare» l'immagine dell'Azienda verso l'esterno.

Inoltre, analizzando il *trend* dei reclami inoltrati all'Urp nell'anno 2008 e 2009, è emersa una numerosità totale praticamente invariata (nonostante nel 2009 si sia portata a regime la centralizzazione dei reclami all'Urp, anche quelli inoltrati al tribunale per i diritti del malato TDM, e si sia data maggiore e migliore comunicazione sulla possibilità e modalità di inoltrare reclami), con le seguenti peculiarità (2008 vs 2009):

- totale reclami: 93 vs 101 di cui 11 provenienti dal TDM;
- reclami di tipo relazionale: 15 vs 11;
- richieste di risarcimento: 42 vs 31;
- elogi: 14 vs 20.

L'impatto positivo sull'esterno, anche da quanto è emerso dagli articoli comparsi sugli organi di stampa, è decisamente positivo: dall'analisi qualitativa della rassegna stampa del 2009, emerge ed è riconosciuto, infatti, l'impegno della Direzione aziendale verso gli aspetti di umanizzazione, attenzio-

ne ai servizi e in generale di centralità del cittadino, che vedono il fulcro nell'attività di indagine della soddisfazione dei pazienti.

Tale argomento, ovvero il riferimento al progetto «Fatti sentire, ti ascoltiamo!» (dalla fase di comunicazione iniziale alla divulgazione dei risultati) è presente, infatti, nella maggioranza degli articoli.

L'Azienda, nel 2009, anche grazie al progetto implementato, comunica di più (sono stati realizzati 61 comunicati contro i 51 del 2008 destinati ai media locali, con un totale di 280 articoli sulle testate locali) e gli articoli che la riguardano sono più pertinenti ai servizi erogati e alla valorizzazione delle proprie attività e meno legati a polemiche o critiche.

Se, infatti, nel 2008 più del 20% degli articoli riguardavano polemiche/repliche e attacchi alla Direzione, nel 2009 gli articoli classificati come «negativi» sono stati inferiori al 2% (relativi per lo più a segnalazioni di disservizi) lasciando il posto a circa il 20% di pubblicazioni relative al ruolo centrale assegnato dall'Azienda al paziente, all'ascolto dei cittadini oltre che elogi, riconoscimenti e segnalazioni di casi di buona sanità.

Inoltre, tale progetto è stato volano per molte delle successive collaborazioni implementate con le associazioni di volontariato e di tutela dei pazienti, contribuendo all'instaurazione di un rapporto di fiducia e collaborazione con le stesse.

Si ritiene buono l'impatto del progetto anche tra gli operatori che, nonostante le ritrosie iniziali, hanno collaborato correttamente e proficuamente all'implementazione dell'indagine: dei circa 8000 questionari previsti il ritorno è stato del 75%.

Gli stessi hanno seriamente preso in carico le osservazioni e criticità emerse dai risultati delle loro strutture, analizzandole e proponendo, attraverso pianificazione strutturata, i correttivi ritenuti adeguati.

In virtù delle problematiche emerse con l'indagine 2009, inoltre, anche lo strumento è stato rivisto per renderlo più semplice, di più immediata compilazione, e per personalizzarlo per tipologia di servizio (ambulatoriale, degenza, aree critiche).

Riteniamo, quindi, che il progetto implementato, che verrà replicato nei prossimi

anni anche per consentire un confronto diacronico dei risultati e valutare l'impatto delle azioni di miglioramento intraprese, abbia consentito di ottenere diversi risultati:

- è evidente, innanzi tutto, che le indagini di *customer satisfaction* possono costituire uno strumento per introdurre innovazioni rilevanti all'interno di un'organizzazione sanitaria: raccogliere e analizzare in maniera strutturata le percezioni che il paziente/cliente ha del servizio ricevuto significa comprendere che tali percezioni, per quanto spesso non supportate da elementi oggettivi o da conoscenze tecniche specifiche da parte dei fruitori, condizionano e orientano le sue scelte future; significa uscire dall'autoreferenzialità e comprendere che una prestazione può essere definita efficace solo se soddisfa le esigenze di chi la riceve;

- le indagini e la diffusione, alla popolazione e agli *stakeholder* in generale, dei risultati e degli impegni dell'Azienda a fronte degli stessi, hanno contribuito a creare collaborazione e fiducia con i propri pazienti/clienti;

- tale strumento di valutazione ha costituito per l'Azienda elemento innovativo per misurare il valore prodotto, per individuare gli elementi di *reengineering* delle attività e dei processi, per definire gli interventi di miglioramento stabilendone le priorità. I risultati, infatti, hanno costituito *input* per la definizione degli obiettivi del piano di miglioramento aziendale, introducendo quindi i bisogni dei cittadini all'interno delle scelte strategiche e di governo dell'Azienda;

- l'indagine, inoltre, ha permesso di allinearsi ai principi elaborati dalla Funzione pubblica in quanto strumento di governo e di valutazione interna. Sotto questo ultimo aspetto, infatti, gli indicatori di *customer satisfaction* sono stati utilizzati nei processi di programmazione e definizione degli obiettivi annuali e nei sistemi di valutazione e di risultati di gestione. Tutte le strutture sanitarie, e quelle amministrative e di staff in ottica di cliente-fornitore interni, sono state valutate, nell'assegnazione degli obiettivi annuali, rispetto al livello di qualità percepita raggiunto, oltre che al risultato economico e alla qualità tecnica delle proprie attività.

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

- BOLUS R., PITTIS J. (1999), «Patient, Satisfaction: The Indispensable Outcome», *Managed Care*, Apr., 8(4), pp. 24-8.
- D'ALESSANDRO G. (a cura di) (1997), *Guida alla customer satisfaction nei servizi pubblici locali*, D'Anselmi, Roma.
- ENTE NAZIONALE UNIFICAZIONE UNI 11098 (2003), *Linee guida per la rilevazione della soddisfazione del cliente e per la misurazione degli indicatori del relativo processo*.
- GABASSI P., GREGORI D. (2003), *Indagini e valutazioni in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- LANZETTI C. (2003), *La qualità del servizio in ospedale, una ricerca sull'esperienza dei malati*, FrancoAngeli, Milano.
- JAPAN MANAGEMENT ASSOCIATION, JMAC CONSIEL (2002), *Customer Satisfaction Management- Un modello per misurare e migliorare la soddisfazione del cliente*, Il sole 24 ore, Milano.
- RANCI ORTIGOSA E. (a cura di) (2003), *La valutazione di Qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- SCHIAVI G. (2004), *La misurazione della Customer Satisfaction nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- www.contact-101.com/surveys.php: Quality Monitoring Services
- www.nbrii.com/customer_Surveys/Measure_Satisfaction.html: Why and how to measure Customer Satisfaction
- www.statpac.com/customer-satisfaction.htm: Customer satisfaction Surveys - Employee Opinion Surveys
- www.talkingquality.gov

La «sfida» della documentazione clinica: l'esperienza dell'Ospedale regionale di Locarno

ANGELA GRECO, GIOVANNI RABITO

A complete, legible and up to date patient record improves integration among health care professionals, ensures efficient delivery of patient care, and is more likely to reduce errors and patient safety risks. In order to improve recording and entering legibility of clinical and patient care activities, the Locarno Regional Hospital developed a monitoring system based on a retrospective analysis of a random sample of patient records, as part of the wider EOC pilot project on «Accreditation according to the JCI quality standards». The lesson that can be learnt from this project is that you need to deploy a set of strategies requiring both top-down and bottom-up interventions in order to improve the completeness and legibility of patient clinical records.

Keywords: medical records, patient safety, completeness, accuracy, quality assurance

Parole chiave: cartella clinica, sicurezza dei pazienti, completezza, accuratezza, qualità

Note sugli autori

Angela Greco, responsabile servizio qualità Ospedale Regionale di Locarno La Carità - EOC, rete di riabilitazione REHA TICINO; collaboratrice scientifica associata istituto Mecop dell'Università della Svizzera italiana, pierangela.greco@eoc.ch

Giovanni Rabito, responsabile servizio qualità Ospedale Regionale di Locarno La Carità - EOC e REHA TICINO

Attribuzione

L'articolo è frutto del lavoro coordinato degli autori. In fase di stesura sono da attribuirsi ad Angela Greco i §§ 2, 3 e 6 e a Giovanni Rabito il § 1. I §§ 4 e 5 risultano da elaborazione congiunta.

1. Premessa

Il primo riscontro di cartella clinica (moderna) risale al IV secolo A.C, quando è Ippocrate a descrivere per la prima volta il decorso di una malattia, mentre presso il tempio di Asclepio, a Epidaurò (Grecia) sono visibili circa trenta «cartelle cliniche», ovvero iscrizioni con i seguenti dati: nome del paziente, città di appartenenza, diagnosi, terapia (Rossi Mori, Maceratini, 2005).

L'uso sistematico di una documentazione clinica sul singolo malato, viene fatto risalire invece a Leonardo Botallo nel secolo decimo sesto. Nei tempi successivi, e in particolare negli ultimi due secoli, la cartella clinica si è evoluta da semplice *memorandum* a documento di essenziale importanza sia operativo, sia legale, adattandosi alle mutevoli esigenze dell'assistenza sanitaria.

Tale evoluzione, tuttavia, non rappresenta un semplice e passivo adattamento a necessità amministrative e legali ma è stata anche fortemente influenzata dalle mutate concezioni della metodologia clinica e dalle diverse modalità di approccio al paziente, così da rappresentare una documentazione dell'evoluzione concettuale della medicina e dell'assistenza al malato (Scandellari, 2006).

La cartella clinica, oltre a essere impiegata come fonte informativa per la valutazione e il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente, gioca sempre più un ruolo importante anche nell'informazione di terzi, nella formazione degli studenti, nel miglioramento delle conoscenze scientifiche, nella misurazione della performance e ogni qualvolta sia necessario giustificare le scelte compiute dal personale sanitario sulla base delle evidenze cliniche in essa documentate. Dalla

SOMMARIO

1. Premessa
2. Obiettivi del progetto
3. Materiali e metodi
4. Risultati
5. Strategie che hanno permesso di raggiungere i risultati
6. Conclusioni

documentazione presente nella cartella clinica dipende anche la valorizzazione economica dei ricoveri, poiché è sulla base di questa che avviene la codifica delle diagnosi e degli interventi.

La quantità di informazioni che la cartella contiene (o dovrebbe contenere) sul paziente e sull'*iter* clinico ne fanno, quindi, il più completo strumento del sistema informativo sanitario ospedaliero, in grado di fornire i più concreti elementi alle valutazioni a posteriori dell'attività svolta, sia epidemiologiche che medico-legali, sia economiche che amministrative (Nonis, 1998).

Nel Cantone Ticino la cartella clinica è divenuta obbligatoria con la legge sanitaria del 18 aprile 1989, che conformandosi alle esigenze costituzionali, impone agli operatori sanitari e ai responsabili delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni sanitarie, la compilazione, per ogni paziente, di una cartella sanitaria (art. 67 L.San). Per legge, nella cartella sanitaria devono essere almeno indicati le generalità, il tipo di trattamento eseguito, le prestazioni effettuate, le date di inizio e di conclusione del trattamento nonché la data di ogni consultazione; l'operatore deve poi, nell'ambito del proprio campo d'attività, indicare sulla cartella la diagnosi e gli agenti terapeutici prescritti, come pure il tipo e il genere di eventuali sperimentazioni e ricerche cui il paziente è sottoposto. Inoltre, per ogni intervento chirurgico devono essere documentate le informazioni cliniche e tecniche sull'intervento, nonché le generalità del o degli operatori, dell'anestesista e delle altre persone coinvolte nell'intervento, il genere, la durata e l'ora dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

Non è individuabile, invece, nei riferimenti normativi citati, alcuna esplicita raccomandazione in fatto di modalità compilativa. Il legislatore ha, infatti, implicitamente demandato, con una sentenza del Tribunale federale (Sentenza 4C.378/1999 del 23 novembre 2004 consid 3.2), all'operatore sanitario il compito di assicurare che la documentazione sanitaria sia chiara e ordinata, precisa ed esaustiva, senza arbitrarie omissioni, affinché venga adempiuto l'obbligo di diligenza clinica e redazionale (Albertini, 2006).

Gli studi compiuti principalmente negli ultimi trent'anni evidenziano, con dati quantitativi, che spesso (81% dei casi) la cartella

clinica completa non è disponibile durante la visita (Tang, 1994), fino al 30% delle visite e che, per esempio, gli esami di laboratorio vengono molte volte ripetuti perché i risultati non vengono resi disponibili al medico in modo tempestivo (Tufo, 1971; Covell, 1985; Romm, 1981).

Quando le cartelle sono disponibili, spesso dati essenziali non sono presenti, ad esempio, in uno studio sui medici di medicina generale (Dawes, 1972) è stato riscontrato che l'età del paziente mancava nel 10% dei casi e che la diagnosi mancava nel 40% delle cartelle cliniche. Un altro studio (Lau *et al.*, 2000) ha, inoltre, dimostrato che i farmaci non erano trascritti nel 25% dei casi. Infine, quando le cartelle ci sono e i dati sono presenti, il tempo richiesto per trovare l'informazione necessaria può essere causa di frustrazione (Mamlin, 1973; Zimmerman, 1978; Pories, 1990).

L'attenzione sulla cartella clinica è, tuttavia, aumentata negli ultimi anni per effetto delle richieste di qualità correlate alle pratiche di accreditamento e di certificazione delle strutture sanitarie, che sempre più puntano ad accrescere i livelli di sicurezza operativa.

Le attuali linee-guida prevedono il consenso informato, la pianificazione dell'assistenza, i percorsi diagnostico-terapeutici, la valutazione della «soddisfazione» dell'utenza (in senso lato, comprendente tutti gli operatori e fornitori di prestazioni), la valutazione della terapia, la *compliance* del paziente e la valutazione della qualità.

Alla qualità della documentazione sanitaria contribuiscono molteplici elementi; alcuni di questi assumono la veste di requisiti generali, validi per ogni tipologia documentale, altri sono peculiari di determinati documenti. I requisiti generali ai quali dovrebbe ispirarsi la redazione della pluralità di documenti generati dai professionisti sanitari in modalità tradizionale, senza considerare le peculiarità proprie dei documenti elettronici, sono (Pisini, 2004; Institute of Medicine, 1997):

- tracciabilità (possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti interessati);
- chiarezza (testo leggibile e comprensibile, l'esposizione non deve dare adito a diverse interpretazioni);

- accuratezza (scrupolosità e meticolosità della descrizione dei dati prodotti e delle trascrizioni);
- veridicità (corrispondenti ai dati oggettivi);
- pertinenza (informazioni correlate con le esigenze informative);
- completezza (per tutti gli elementi che compongono la cartella clinica);
- tempestività (puntualità nelle trascrizioni dei dati).

Da una registrazione chiara e completa delle diverse informazioni clinico-assistenziali dipende la stessa qualità delle cure erogate, rendendo così la documentazione sanitaria una componente intrinseca del rapporto medico paziente (Mulvehill, 2005).

Nonostante non esista evidenza diretta del fatto che una documentazione sanitaria «di qualità» aumenti le probabilità di osservare *outcome* migliori, precedenti studi hanno dimostrato che la qualità della documentazione è correlata con la qualità delle cure (Wrenn, 1993; Schriger, 1997).

Una cartella clinica completa, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente consente, infatti, ai diversi professionisti che hanno in cura un determinato paziente di trarre utili elementi di valutazione del paziente stesso, al fine di poter predisporre un appropriato piano di cura e prevenire i rischi di eventi indesiderati. Ad esempio, una completa e accurata valutazione del rischio di caduta del paziente, all'inizio della degenza ed eseguita mediante una scala di *screening* riconosciuta, può permettere al personale sanitario di mettere in atto, per i pazienti a rischio, una serie di misure che consentano di prevenire un evento, quello della caduta, i cui esiti possono essere potenzialmente mortali. Inoltre, solo se le indicazioni della documentazione clinica sono pertinenti e di facile interpretazione, possono essere utili ad altri professionisti per assicurare, nell'interesse del paziente, la continuità delle cure. In tal senso, il miglioramento della documentazione clinica è senz'altro fondamentale per aumentare l'integrazione fra i diversi professionisti sanitari e garantire prestazioni più appropriate ed efficienti.

Infine, disporre di cartelle cliniche complete è premessa imprescindibile, qualora si vogliano effettuare studi retrospettivi volti

a valutare l'appropriatezza degli interventi messi in atto dai professionisti sanitari (ad esempio verifiche rispetto all'aderenza degli operatori alle linee-guida EBM e ai percorsi clinico-assistenziali o analisi degli eventi avversi occorsi), al fine ultimo di migliorare la qualità delle prestazioni.

2. Obiettivi del progetto

La documentazione clinica all'Ospedale regionale di Locarno La Carità, così come negli altri ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale (Eoc),¹ è stata oggetto dal 2000 al 2006 di controlli di qualità organizzati nell'ambito di *audit* eseguiti dal servizio qualità presso vari reparti dell'ospedale. Tali *audit*, introdotti con i sistemi di certificazione ISO 9001:2000, avevano lo scopo di verificare in generale la coerenza del sistema con la normativa vigente e con le procedure definite dall'organizzazione.

I risultati della suddetta attività di monitoraggio, però, benché evidenziassero delle lacune nell'utilizzo adeguato della cartella clinica, non davano ai leader dell'ospedale delle indicazioni chiare sugli aspetti da migliorare. Nell'approccio utilizzato, infatti, era possibile riscontrare fondamentalmente quattro limiti:

- 1) la mancanza di requisiti espliciti e validi da verificare regolarmente all'interno delle cartelle cliniche;
- 2) il campione di cartelle oggetto di monitoraggio durante gli *audit* nei reparti era esiguo e statisticamente non rappresentativo;
- 3) la qualità del monitoraggio dipendeva quasi esclusivamente dalla competenza dell'auditore;
- 4) venivano valutate solo le cartelle cliniche aperte, di conseguenza documenti quali ad esempio la lettera d'uscita non erano mai stati oggetto di *audit*.

D'altro canto, a livello dell'area medica dell'Eoc e delle Direzioni sanitarie degli ospedali locali, si avvertiva sempre più la necessità di migliorare la compilazione delle cartelle cliniche, al fine di garantire la disponibilità tempestiva di informazioni esaustive utili alla presa di decisioni e assicurare la promozione continua della qualità delle cure.

Dopo la preliminare definizione, nel 2005, di un documento comune a tutti gli ospedali facenti parte dell'Eoc, che descrivesse la funzione della cartella clinica e ne definisse i requisiti minimi e i contenuti (tenendo conto sia dei riferimenti giuridici cantonali e nazionali, sia dei principali standard dettati dalla *Joint Commission International (JCI)* relativi alla documentazione clinica), l'Ospedale La Carità, nell'ambito del progetto pilota di Accredimento secondo gli standard JCI, nel 2007 ha introdotto al suo interno un sistema di monitoraggio sistematico della qualità delle cartelle cliniche, con i seguenti obiettivi:

- migliorare la registrazione degli atti clinico-assistenziali, a beneficio di una cura ancor più adeguata e sicura nonché rispettosa dei diritti dei pazienti e dei disposti giuridici in materia;
- migliorare la leggibilità della documentazione clinica.

3. Materiali e metodi

La creazione del sistema di monitoraggio ha richiesto, prima di tutto, la revisione della politica ospedaliera concernente i requisiti minimi delle cartelle cliniche, al fine di tener conto di tutti gli standard internazionali richiesti dalla *Joint Commission International* per l'accreditamento all'eccellenza e relativi alla compilazione della documentazione clinica.²

Tale documento è stato redatto da una commissione ospedaliera interdisciplinare, denominata «Commissione revisione cartelle cliniche (CRCC)», costituita presso l'Ospedale di Locarno quale organo permanente di supervisione e di coordinamento per tutti i problemi relativi alla documentazione clinica. In particolare, la CRCC, composta inizialmente da tredici membri (8 medici, 3 infermieri, la responsabile del servizio qualità e il Direttore dell'Ospedale), ha lo scopo di migliorare la compilazione delle cartelle cliniche tramite il monitoraggio sistematico delle stesse.

Partendo dalla nuova politica sulla documentazione clinica, la CRCC ha prodotto una griglia di valutazione (**tabella 1**), articolata secondo i documenti contenuti all'interno della cartella clinica e contenente una

serie di requisiti di compilazione della documentazione clinica, in particolare 40 *item* per le cartelle di pronto soccorso e 72 *item* per le cartelle dei pazienti degenti.

Per ogni *item* è stato inserito, in un'apposita colonna intitolata «Rif.» all'interno della griglia di valutazione, il riferimento alla direttiva Eoc sulla cartella clinica e/o agli standard JCI. Come è facile evincere da quanto scritto in questa colonna, gli standard JCI che fanno riferimento alla documentazione clinica e, in particolare, ad aspetti che è possibile monitorare, sono numerosi e sono contenuti in differenti parti del manuale JCI, sia nella sezione che riguarda gli standard centrati sul paziente, sia in quella relativa agli standard centrati sulla gestione dell'organizzazione sanitaria. In particolare, i capitoli del manuale JCI che contengono standard d'interesse per l'analisi sono i seguenti:

- a) obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti (IPSG);
- b) accesso all'assistenza e continuità delle cure (ACC);
- c) diritti del paziente e dei familiari (PFR);
- d) valutazione del paziente (AOP);
- e) assistenza anestesiologicala e chirurgica (ASC);
- f) gestione e utilizzo dei farmaci (MMU);
- g) educazione del paziente e dei familiari (PFE);
- h) gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI).

Per ciascuno dei requisiti selezionati dalla CRCC, viene chiesto di valutare sia la «completezza» sia la «leggibilità». Per quanto riguarda il primo aspetto è possibile rispondere secondo quattro modalità, ovvero il requisito può essere:

- «completo» (quando il documento o il dato richiesto è presente e completo in tutte le sue parti);
- «incompleto» (quando l'elemento preso in considerazione è compilato in modo parziale);
- «assente» (quando l'elemento preso in considerazione non è presente);
- «non previsto» (quando l'elemento in considerazione non era necessario in base

Tabella 1
Griglia di valutazione della cartella clinica per pazienti degenti

Ospedale Regionale di Locarno
La Carità
VALUTAZIONE CARTELLA CLINICA PAZIENTI DESENTI
SECONDO GLI STANDARD JCI

M-GQ-038/L

Revisore 1: Medico assistente:
 Revisore 2: Categoria medica:
 Cartella clinica n.: Reparto:
 Data revisione: Tipologia ricovero: Urgente Programmato

ID	Rif.	Requisito minimo (contenuto)	Criteri di valutazione					Note
			Completezza			Leggibilità		
			Complet o	Incomplet o	Assente	Non presen to	Non leggibi le	
IN GENERALE								
1	§ 1.1.4	Statistica medica intra-muros, dati infermieristici						
2	§ 1.2.1 MCI 19.1 EM 1	Dati anagrafici del paziente/Etiologia paziente (verificare presenza identifi. su tutti i fogli contenuti nella cartella clinica)						
3		Informazioni importanti per la degenza						
3.1	§ 1.3.2	Nome medico di famiglia e/o medico inviante						
3.2	§ 1.5	Lettera medico inviante						
ENTRATA								
4	§ 1.7	Anamnesi medica						
4.1	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni mediche						
4.2	AOP 1.5 EM 3	• Registrazione della valutazione medica iniziale entro 24 h dall'ammissione del paziente						
5		Anamnesi infermieristica						
5.1	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni infermieristiche						
5.2	AOP 1.5 EM 1	• Motivo del ricovero						
5.3	AOP 1.5 EM 1	• Ruolo sociale e relazioni						
5.4	AOP 1.5 EM 1	• Allergie e intolleranze a sostanze o farmaci						
5.5	AOP 1.5 EM 1	• Valori e convinzioni (religione)						
5.6	AOP 1.8.2 EM 3	• Valutazione dolore all'ingresso						
5.7	AOP 1.8.2 EM 3	• Registrazione intensità del dolore						
5.8	AOP 1.8.2 EM 3	• Tipo/frequenza/intensità/durata dolore						
5.9	AOP 1.8.2 EM 3	• Quando si identifica il dolore si effettua una rivalutazione periodica del paziente (vedi anche modulo dolore)						
5.10	AOP 1.5	• Coscienza e percezione						
5.11	AOP 1.6	• Mobilizzazione - screening rischio cadute						
5.12	AOP 1.6	• Alimentazione - screening nutrizionale						
5.13	PPE 2	• Valutazione fabbisogni educazionali del paziente						
5.14	AOP 1.5 EM 3	• Registrazione della valutazione infermieristica iniziale entro 24 h dall'ammissione del paziente						

ID	Rif.	Requisito minimo (contenuto)	Criteri di valutazione					Note
			Completezza			Leggibilità		
			Complet o	Incomplet o	Assente	Non presen to	Non leggibi le	
6	§ 1.8	Esame obiettivo						
6.1	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni mediche						
DEGENZA								
7	§ 2.1 AOP 2 EM 6	Decorso medico						
7.1	AOP 2 EM 4	• Il decorso è registrato quotidianamente						
7.2	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni mediche						
8	AOP 3 EM 6	Decorso infermieristico						
8.1	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore, data e ora delle annotazioni infermieristiche						
9	§ 2.2	Terapia farmacologica						
	MMU 4.3	Prescrizioni						
9.1	MCI 19.3	• Data e ora prescrizione e sigla						
9.2		• Frequenza somministrazione						
9.3		• Via somministrazione						
9.4		• Dose da somministrare						
	MMU 6.1; MMU 4.3	Somministrazione						
9.5	MCI 19.3	• Data somministrazione						
9.6	MCI 19.3	• Oralfumo somministrazione						
9.7	MCI 19.3	• Sigla						
10	§ 2.3	Referti consulenze						
11		ECG visti						
INTERVENTO CHIRURGICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
TIPO DI INTERVENTO: <input type="checkbox"/> PROGRAMMATO <input type="checkbox"/> URGENTE								
DOPO INTERVENTO PZ TRASFERITO IN: <input type="checkbox"/> REPARTO <input type="checkbox"/> CURE INTENSE								
NB Solo in caso di intervento chirurgico, compilare gli ID da 12 a 16								
12	ASC 7	Diagnosi preoperatoria e trattamento chirurgico pianificato ¹						
13	IPSS 4 EM 4 § 2.4 ASC 7.2	Registrazione time-out Rapporti operatori						
13.1		• Nome dell'operatore e degli assistenti						
13.2		• Data intervento						
13.3		• Diagnosi intra o post operatoria						
13.4		• Tipo di intervento						
13.5		• Descrizione intervento						
13.6		• Firma dell'operatore						

¹ Tale informazione deve essere stata registrata prima dell'intervento. Non bisogna pertanto verificare la presenza sul rapporto operatorio, ma piuttosto, ad esempio, sul modulo di consenso informato specifico.

ID	Rif.	Requisito minimo (contenuto)	Criteri di valutazione					Note
			Completezza			Leggibilità		
			Complet o	Incomplet o	Assente	Non presen to	Non leggibi le	
14	§ 2.5	Documentazione anestesiológica						
14.1.1	ASC 5 EM 2	• Registrazione del piano anestesiológico (M-ANEST-001)						
14.1.2		• Registrazione prescrizioni per la preparazione preoperatoria del paz. (M-ANEST-001)						
14.1.3		• Registrazione verifica infermieristica sull' idonea preparazione del paziente prima di entrare in sala operatoria (M-ANEST-001)						
14.2.1	MCI 19.3	• Ora inizio e fine intervento (M-ANEST-002)						
14.2.2	ASC 5.2	• Registrazione del tipo di anestesia somministrata e della tecnica anestesiológica (M-ANEST-002)						
14.2.3	ASC 5.3	• Registrazione delle condizioni del paz. sotto anestesia (M-ANEST-002)						
14.2.4	MCI 19.3	• Tracciabilità di autori e data delle annotazioni (M-ANEST-002)						
14.3.1	ASC 6	• Modulo sala rinvio (M-ANEST-016)						
14.3.2	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore, data e ora di tutte le annotazioni infermieristiche (M-ANEST-016)						
15	PFR 6.4 EM 2 e ASC 5.1	Consenso anestesia						
15.1		• Registrazione avvenuta informazione del paz. e consenso all'anestesia						
15.2		• Nome e cognome dell'anestesista che fornisce le informazioni al paziente						
15.3		• Data						
16	§ 2.6 ASC 7.1; PFR 6.4 EM 1 e PFR 6.1	Documento consenso informato specifico (M-SAN-002 o equivalenti)						
16.1	PFR 6.1	• Rischi, benefici e potenziali complicazioni legate all'intervento; possibile trattamento alternativo						
16.2	MCI 19.3 e PFR 6.4 EM 5	• Nome e cognome dell'operatore che fornisce le informazioni al paziente						
16.3	MCI 19.3	• Data						
	PFR 6.4 EM 6	• Firma del paziente o di chi ne fa le veci						
17	PFR 6.4 EM 4	Consenso per atti a rischio elevato						
17.1	COOP 10.1	• Registrazione avvenuta informazione del paziente per atti ad elevato rischio (es. utilizzo di sangue ed emoderivati) - esclusi interventi chirurgici						
17.2	MCI 19.3 e PFR 6.4 EM 5	• Nome e cognome del medico che fornisce le informazioni al paziente						
17.3	MCI 19.3	• Data dell'informazione						

ID	Rif.	Requisito minimo (contenuto)	Criteri di valutazione					Note
			Completezza			Leggibilità		
			Complet o	Incomplet o	Assente	Non presen to	Non leggibi le	
18	§ 3 ACC 4.4	Copia lettera d'uscita						
18.1	ACC 3.2 EM 3	• Una copia della lettera d'uscita per il pz/medico curante è presente in cartella?						
18.2	MCI 19.3	• Data della lettera d'uscita						
18.3		• Data entrata e uscita del paziente						
18.4	ACC 3.2 EM 2	• Motivo del ricovero						
18.5	§ 3.1 ACC 3.2 EM 2	• Diagnosi principale						
18.6	§ 3.2 ACC 3.2 EM 2	• Diagnosi secondarie						
18.7	§ 3.3 ACC 3.2 EM 2	• Operazioni o interventi subiti durante la degenza						
18.8	ACC 3.2 EM 2	• Accertamenti significativi						
18.9	§ 3.4 ACC 3.2 EM 2	• Condizioni del paz. alla dimissione						
18.10	§ 3.5 ACC 3.2 EM 2	• Terapia farmacologica durante la degenza						
18.11	MCI 19.3	• Tracciabilità di autore (firma del medico/medico)						
18.12	ACC 3.2 EM 2	• Indicazioni per il proseguimento delle cure (farmaci inclusi)						
Paziente trasferito in altro reparto o in altro istituto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
ACC 4 In caso di trasferimento, presenza nella lettera delle seguenti indicazioni:								
18.13	ACC 4.4 EM 1	• Struttura sanitaria che ha accettato di accogliere il paz.						
18.14	ACC 4.4 EM 3	• Motivo del trasferimento						
18.15	ACC 4.4 EM 4	• Eventuali condizioni particolari relative al trasferimento						

LEGENDA:

Criteri di valutazione:

1. **Completo:** il documento (o il dato) richiesto è presente e completo in tutte le sue parti secondo i requisiti previsti
2. **Incompleto:** compilato in modo parziale
3. **Assente:** l'elemento preso in considerazione non è presente
4. **Non previsto:** l'elemento in considerazione non era necessario in base all'iter diagnostico terapeutico del paziente considerato

Verrà valutata anche la **leggibilità** dei documenti. In particolare, qualora non venga inserita la crocetta, il documento è considerato leggibile.

Illeggibile: grafia non leggibile o contenuto incomprensibile. In questo secondo caso, il valutatore deve precisarlo nelle note.

all'iter diagnostico terapeutico del paziente considerato).

Riguardo alla leggibilità invece è possibile rispondere in forma dicotomica, per cui: il requisito viene valutato come leggibile quando la grafia è leggibile e il contenuto comprensibile; illeggibile nel caso contrario.

La qualità della documentazione clinica può essere definita in modi differenti e descritta in termini di numero di attributi, in funzione della prospettiva degli utilizzatori. Al fine, dunque, di migliorare la qualità della documentazione sanitaria, è importante definire e soprattutto poter misurare questi attributi. Solo definendo e misurando in termini quantitativi gli attributi ritenuti rilevanti ai fini della qualità, è possibile comparare nel tempo e nello spazio i differenti strumenti utilizzati per la raccolta delle informazioni clinico-assistenziali.

Non tutti i requisiti possono tuttavia essere applicati a uno specifico caso: ad esempio, se il paziente non subisce procedure chirurgiche, i requisiti relativi alla diagnosi preoperatoria, al rapporto operatorio, al consenso all'anestesia, al consenso all'intervento e alla documentazione anestesiológica non possono essere applicati. Inoltre, nel caso di pazienti sottoposti durante la stessa degenza a più di un intervento chirurgico, viene considerato solo il primo intervento.

L'analisi viene effettuata retrospettivamente, con cadenza quadrimestrale, dalla Commissione revisione cartelle cliniche, su un campione di cartelle cliniche chiuse estratto aleatoriamente tra i pazienti degenti e i pazienti ambulatori del pronto soccorso.

La numerosità del campione viene calcolata utilizzando la formula seguente:

$$n = \frac{z^2 Npq}{[\delta^2 (N - 1) + z^2 pq]}$$

dove:

- N = numerosità della popolazione
- δ = l'errore ammesso per la stima del parametro
- Z = 1.96
- p = proporzione da stimare nella popolazione da studiare (nel caso specifico 0.5)
- q = 1-p

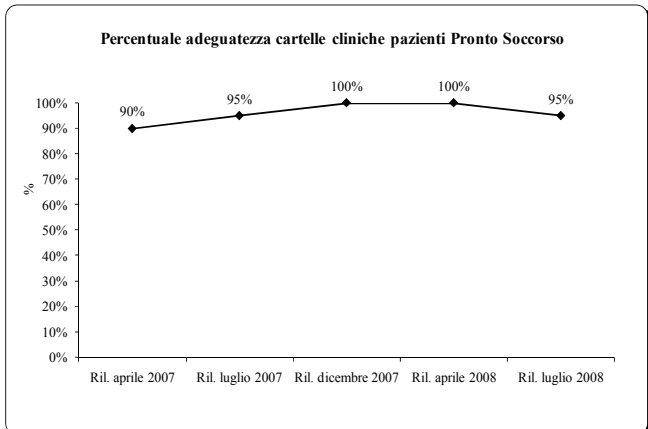
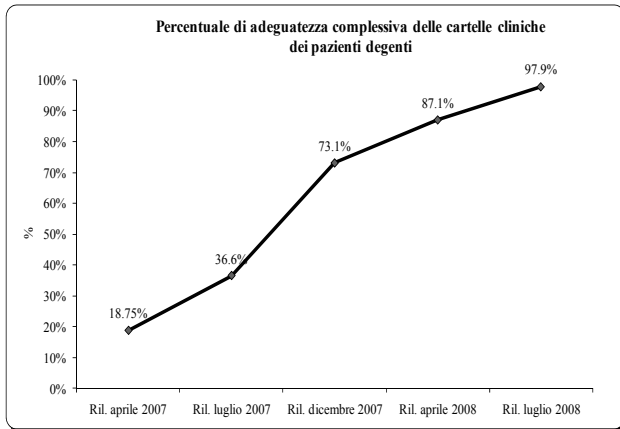
Complessivamente, da aprile 2007 a luglio 2008 sono state analizzate 452 cartelle cliniche di pazienti degenti, equamente suddivise nelle principali 10 categorie mediche trattate presso l'ospedale, e 200 cartelle di pazienti ambulatori di pronto soccorso.

La Commissione revisione cartelle cliniche mantiene a tutt'oggi attivo il monitoraggio secondo le modalità precedentemente descritte, apportando laddove opportuno dei miglioramenti allo strumento di raccolta dei dati, sulla base dell'aggiornamento degli standard del manuale JCI (che avviene di norma su base triennale) e di eventuali apprendimenti tratti dall'esperienza nella valutazione della documentazione clinica. A titolo d'esempio, si consideri che l'ultima modifica introdotta nella *checklist* di valutazione, a giugno 2010, è stata l'aggiunta del nome e cognome del medico di riferimento, al fine di focalizzare meglio le misure correttive (nella fattispecie, in termini di attività di formazione/supervisione del personale medico).

4. Risultati

Per l'analisi dei risultati è stata sviluppata una misura sintetica, ovvero un indicatore, che esprime l'adeguatezza complessiva delle cartelle cliniche indagate: ciascuna cartella clinica esaminata è giudicata «adeguata» se l'80% dei documenti in essa contenuti è completo al 100%.

Oltre all'indicatore di adeguatezza ne è stato calcolato anche uno di completezza, per cui una cartella viene considerata «completa» se soddisfa tutti i requisiti oggetto di valutazione (ossia se tutti gli standard risultano essere «completi» o «non previsti»). Al contrario, qualora anche solo uno dei suddetti requisiti non risulti «completo» (ma è «incompleto» o «assente»), la cartella clinica si ritiene incompleta. Questo tipo di indicatore va interpretato con grande prudenza, in quanto basta che un solo elemento – nella cartella considerata – sia incompleto per considerare tale l'intero *dossier*. Dal profilo pratico le informazioni che si ottengono da questa misura sono pertanto molto limitate e di conseguenza anche il suo interesse in termini di operatività, tuttavia si tratta di un indicatore diffuso in letteratura (Logan, 2001; Hogan, 1997) che permette di confrontarsi



Ril. aprile 2007	18.8%
Ril. luglio 2007	36.6%
Ril. dicembre 2007	73.1%
Ril. aprile 2008	87.1%
Ril. luglio 2008	97.9%

Ril. aprile 2007	90%
Ril. luglio 2007	95%
Ril. dicembre 2007	100%
Ril. aprile 2008	100%
Ril. luglio 2008	95%

con i risultati di completezza di altre strutture sanitarie.

Nel **grafico 1** sono riportati i dati relativi alle cartelle cliniche dei pazienti degenti e ambulatori di pronto soccorso risultate adeguate nell'intervallo di tempo preso in considerazione dall'analisi.

Grazie agli interventi di miglioramento e all'importante attività di sensibilizzazione e formazione del personale medico e infermieristico, nel corso dei quindici mesi di applicazione del sistema di revisione delle cartelle cliniche è stato possibile ottenere un sostanziale miglioramento nella qualità di compilazione.

In particolare, per quanto concerne le cartelle cliniche dei pazienti degenti il livello di adeguatezza è passato dal 18,8% della prima rilevazione, al 97,9% dell'ultima rilevazione di luglio 2008 ($p \text{ value} < 0,05$).

Anche la compilazione delle cartelle cliniche dei pazienti ambulatori del pronto soccorso è migliorata, raggiungendo un livello di adeguatezza del 100% in due rilevazioni consecutive (dicembre 2007 e aprile 2008) (grafico 1). Inoltre, per quanto concerne il più ambizioso obiettivo della «completezza»,

il *trend* è estremamente positivo: si è passati, infatti, da uno 0% di cartelle di pronto soccorso complete nella prima valutazione di aprile 2007, al 75% nell'*audit* di aprile 2008. Si è registrato, però, un calo nella completezza nell'*audit* di luglio 2008: tale flessione potrebbe essere considerata «fisiologica», se si pensa che il monitoraggio ha preso in considerazione le cartelle cliniche di pazienti che sono stati in pronto soccorso nel periodo subito dopo la visita finale di accreditamento JCI dell'Ospedale, avvenuta i primi giorni di maggio 2008. Nei mesi successivi si è, pertanto, ritenuto importante continuare a sensibilizzare il personale sull'importanza della compilazione delle cartelle cliniche per ritornare a un più elevato livello di completezza.

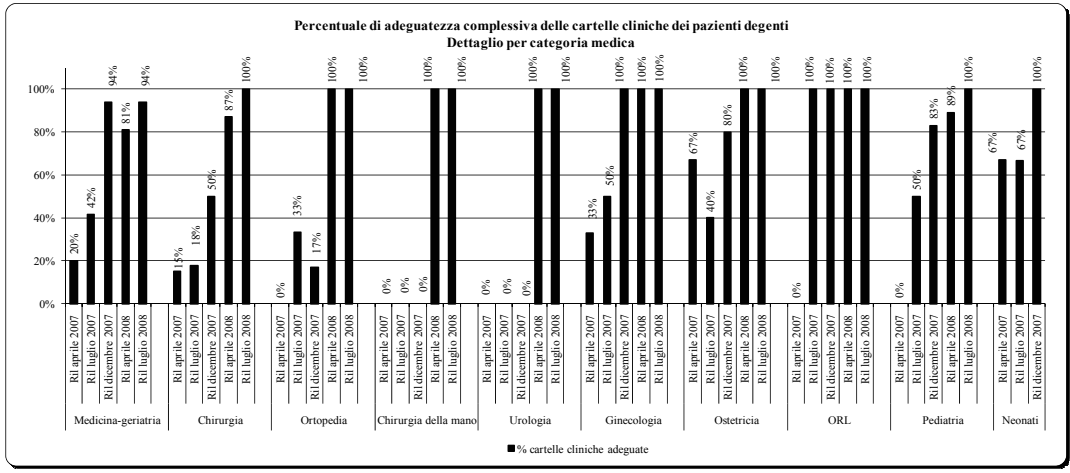
Nel **grafico 2** si dà evidenza dei miglioramenti conseguiti in tutte le categorie mediche prese in esame nell'analisi. In particolare, emerge che in tutte le categorie mediche, ad eccezione della categoria medica «medicina interna», l'adeguatezza della documentazione sanitaria ha raggiunto il livello di 100% nella rilevazione di luglio 2008.

Un dato certamente importante e utile all'identificazione degli interventi più ap-

Grafico 1
Percentuale di adeguatezza complessiva delle cartelle cliniche

Grafico 2

Percentuale di adeguatezza complessiva delle cartelle cliniche dei pazienti degenti, stratificazione per categoria medica



Medicina-geriatria	Ril aprile 2007	20%
	Ril luglio 2007	42%
	Ril dicembre 2007	94%
	Ril aprile 2008	81%
	Ril luglio 2008	94%
Chirurgia	Ril aprile 2007	15%
	Ril luglio 2007	18%
	Ril dicembre 2007	50%
	Ril aprile 2008	87%
	Ril luglio 2008	100%
Ortopedia	Ril aprile 2007	0%
	Ril luglio 2007	33%
	Ril dicembre 2007	17%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
Chirurgia della mano	Ril aprile 2007	0%
	Ril luglio 2007	0%
	Ril dicembre 2007	0%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
Urologia	Ril aprile 2007	0%
	Ril luglio 2007	0%
	Ril dicembre 2007	0%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
Ginecologia	Ril aprile 2007	33%
	Ril luglio 2007	50%
	Ril dicembre 2007	100%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
Ostetricia	Ril aprile 2007	67%
	Ril luglio 2007	40%
	Ril dicembre 2007	80%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
ORL	Ril aprile 2007	0%
	Ril luglio 2007	100%
	Ril dicembre 2007	100%
	Ril aprile 2008	100%
	Ril luglio 2008	100%
Pediatria	Ril aprile 2007	0%
	Ril luglio 2007	50%
	Ril dicembre 2007	83%
	Ril aprile 2008	89%
	Ril luglio 2008	100%
Neonati	Ril aprile 2007	67%
	Ril luglio 2007	67%
	Ril dicembre 2007	100%

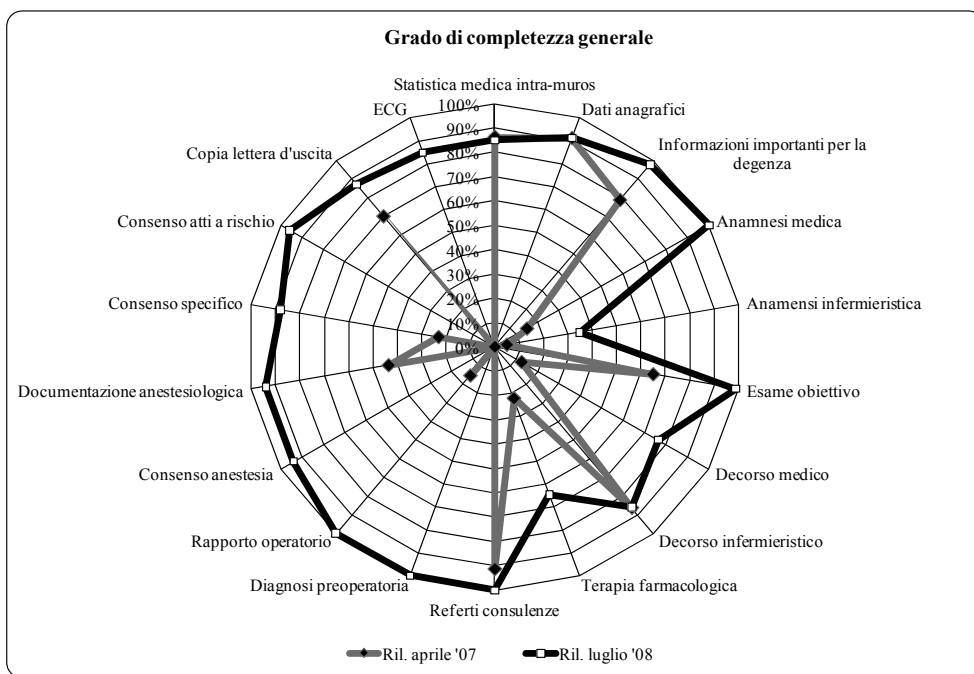
propriati è la qualità della compilazione dei singoli documenti che costituiscono la cartella clinica. Se si confrontano i dati della rilevazione di luglio 2008 con quelli rilevati nello stesso mese dell'anno precedente (**grafico 3**), si osserva che gli unici due documenti per i quali non è stata riscontrata una variazione statisticamente significativa sono il decorso infermieristico e la statistica medica *intra-muros*.³ Per entrambi i documenti

citati, il livello di completezza era già piuttosto elevato.

Quasi tutti i documenti che costituiscono la cartella clinica risultano oggi completi in una percentuale superiore all'80%. Fa eccezione l'anamnesi infermieristica, documento che, nel corso del periodo di analisi, ha subito continui adattamenti per ottemperare agli standard *Joint Commission International*, l'ultimo dei quali è avvenuto a metà dicem-

Grafico 3

Grado di completezza dei singoli documenti componenti la cartella clinica (confronto temporale)



Documento valutato	Ril. aprile 2007	Ril. luglio 2008
Statistica medica intra-muros	86%	85%
Dati anagrafici	91%	91%
Informazioni importanti per la degenza	79%	98%
Anamnesi medica	15%	100%
Anamnesi infermieristica	5%	35%
Esame obiettivo	65%	99%
Decorso medico	13%	76%
Decorso infermieristico	86%	86%
Terapia farmacologica	23%	65%
Referti consulenze	91%	100%
Diagnosi preoperatoria	non valutato	100%
Rapporto operatorio	15%	100%
Consenso anestesia	non valutato	94%
Documentazione anestesilogica	44%	94%
Consenso specifico	23%	88%
Consenso atti a rischio	non valutato	96%
Copia lettera d'uscita	70%	87%
ECG	non valutato	85%

bre 2007 e ha riguardato l'introduzione di specifici *screening* del paziente, tra cui lo *screening* per valutare il rischio di caduta, lo *screening* per valutare il rischio nutrizionale e la valutazione iniziale del fabbisogno educativo del paziente. Si tratta di cambiamenti che richiedono indubbiamente tempo affinché tutto il personale curante si allinei alle nuove regole, ma che già nell'*audit* di luglio, a distanza di sei mesi dall'introduzione, hanno fatto rilevare un grado di completezza medio del 75%.

Per quanto concerne la leggibilità, il problema evidenziato dalle verifiche delle cartelle era relativo alla possibilità di identificare gli autori delle note all'interno della documentazione clinica cartacea. A partire dal secondo *audit* del luglio 2007, il problema di illeggibilità della documentazione è stato risolto grazie all'intervento di raccolta delle firme e delle sigle del personale curante, posto in essere dopo la valutazione di aprile 2007.

5. Strategie che hanno permesso di raggiungere i risultati

Per ottenere gli importanti risultati conseguiti nell'ambito della completezza e della leggibilità delle cartelle cliniche è stato necessario mettere in campo un insieme di strategie che hanno richiesto interventi sia di tipo *top-down* che di tipo *bottom-up*. Tra questi possiamo annoverare:

- *l'introduzione di regole ben definite*, basate su politiche aziendali concernenti gli aspetti più rilevanti, trasversali e caratterizzanti l'attività clinico-sanitaria (tra cui: educazione di pazienti e familiari, gestione dei prodotti farmaceutici, sedazione, ecc.) e con forte impatto sulla sicurezza del paziente. In particolare, per i diversi *setting* di cura (ricovero ordinario, ospedale di giorno, ambulatori e pronto soccorso) e per le diverse tipologie di pazienti sono stati specificati i contenuti, i tempi e gli attori delle varie valutazioni. Per la definizione di tali regole si è tenuto conto degli standard *Joint Commission International*, il recepimento e la divulgazione dei quali ha costituito il «life motive» del progetto;

- *la presenza di un garante esterno*, nella fattispecie si fa riferimento alla presenza

di una Direzione generale che ha definito chiaramente le *responsabilità di esecuzione* (spetta al medico assistente del reparto o del servizio la responsabilità nella redazione e nella corretta tenuta della cartella clinica), le *responsabilità di controllo* (spetta al medico responsabile del reparto o del servizio la responsabilità del controllo regolare della redazione e della corretta tenuta della cartella clinica) e le *responsabilità di vigilanza* (spetta al direttore sanitario, in accordo con il responsabile dell'area sanitaria della Direzione generale, emanare le disposizioni generali atte a promuovere e garantire la cultura relativa all'importanza della cartella clinica e del suo corretto e preciso utilizzo). A tutto ciò va aggiunta la supervisione dei consulenti *Joint Commission International* che, durante il processo di accreditamento, hanno eseguito numerosi *audit* («tracer») nei reparti di cura, molti dei quali basati sulla revisione della documentazione clinica, che hanno permesso di mettere in evidenza le criticità e le aree di miglioramento;

- *la presenza di un forte incentivo*, ovvero quello di conquistare un prestigioso accreditamento internazionale, quale quello di *Joint Commission International*, che nessun altro istituto sanitario svizzero aveva precedentemente ottenuto;

- *la presenza di figure carismatiche all'interno della Commissione revisione cartelle cliniche*, in grado di promuovere il cambiamento culturale e di far passare messaggi importanti;

- *l'identificazione continua di nuove aree di miglioramento*, mediante la creazione di un sistema di monitoraggio sistematico, basato su criteri di valutazione omogenei e tecniche di analisi efficaci e sulla capacità del servizio qualità di produrre con costanza *report* per i quadri superiori e per la Direzione sanitaria;

- *la formazione continua del personale*, basata su presentazione di casi, *role playing*, esercitazioni/test e lezioni frontali sugli standard JCI e sulle nuove politiche e procedure adottate in ospedale;

- *la revisione dei compiti di valutazione attribuiti alle varie figure professionali*, (chi fa che cosa) al fine di evitare ridondanze tra le valutazioni eseguite. A titolo di esempio, si cita la valutazione dello stato del rischio di caduta del paziente che in precedenza veniva

eseguita sia dal medico che dall'infermiere e con modalità differenti e che invece ora viene eseguita solo dall'infermiere all'ingresso del paziente in ospedale, tramite una scala riconosciuta a livello internazionale, con elevato grado di sensibilità e specificità;

– *l'adeguamento e la semplificazione della documentazione clinica*, in particolare si cita la revisione del modulo di valutazione infermieristica iniziale, concepito ora come un unico documento che segue il paziente dal suo ingresso in ospedale fino all'eventuale ricovero in reparto. In passato, invece, venivano utilizzati documenti diversi per la raccolta di informazioni anamnestiche in pronto soccorso e al momento dell'arrivo del paziente in reparto, con evidenti ridondanze. Sempre per quanto concerne l'anamnesi infermieristica, ci preme sottolineare l'importante lavoro di introduzione nella stessa di scale di valutazione riconosciute internazionalmente (come, ad esempio, la scala di Schmid per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti e la scala di Norton per la valutazione del rischio di insorgenza di piaghe da decubito), che hanno ridotto la soggettività delle valutazioni medico-infermieristiche e allo stesso tempo allargato la confrontabilità di certi aspetti oltre i confini dell'ospedale. Un'altra importante modifica documentale ha riguardato la definizione del contenuto minimo dell'esame obiettivo, vale a dire all'interno della cartella medica sono state evidenziate le voci che devono essere obbligatoriamente valutate, al momento della visita medica, per ogni paziente che accede in ospedale;

– *la supervisione intensiva (puntuale e costante) da parte dei medici senior e degli infermieri capireparto*, relativamente agli aspetti da migliorare emersi dalle analisi trimestrali;

– *lo sviluppo di un piano di comunicazione*, basato sulla divulgazione di materiale informativo (es. spille, manuali tascabili, informazioni sul periodico dell'Ospedale, ecc.) e sull'affissione di *poster ad hoc* da un vignettista svizzero su commissione del servizio qualità dell'Ospedale di Locarno) all'interno dei reparti di cura e incentrato su aspetti ben precisi inerenti alla completezza delle cartelle cliniche (**figura 1**).

6. Conclusioni

Il merito di questo progetto è stato principalmente quello di aver risvegliato l'interesse degli operatori sanitari nei confronti di un'accurata compilazione della cartella clinica che già, per certi aspetti, come ad esempio quello della terapia farmacologica e dello stato nutrizionale dei pazienti, è andato oltre l'analisi dei soli criteri di completezza e leggibilità della documentazione, per entrare anche nel merito della correttezza delle valutazioni e delle scelte cliniche.

Un altro valore importante dell'introduzione del sistema di monitoraggio della qualità delle cartelle cliniche è stato di innescare un processo di miglioramento continuo nel quale i vari professionisti sanitari sono stati chiamati a riflettere sui contenuti minimi delle diverse valutazioni e, soprattutto, sono stati portati ad adottare linguaggi e modalità di compilazione il più possibile uniformi, anche nell'ottica di un'assistenza al paziente che va oltre i confini nazionali.

L'implementazione di un sistema di monitoraggio delle cartelle sanitarie orientato a far sì che il contenuto delle stesse sia conforme agli standard *Joint Commission International*, ha permesso all'Ospedale La Carità di disporre di una cartella clinica il cui contenuto è potenzialmente confrontabile con quello di altre strutture accreditate.

Tale aspetto, visto nell'ottica della mobilità dei pazienti, potrebbe facilitare notevolmente lo scambio di informazioni tra i professionisti sanitari di strutture differenti che avessero deciso di intraprendere il percorso di accreditamento all'eccellenza, allineandosi ai medesimi standard.

La creazione di una cartella clinica conforme a determinati requisiti riconosciuti a livello internazionale, inoltre, fa sì che tale strumento, oltre a essere un mezzo di valutazione, di pianificazione delle cure e di monitoraggio del paziente, diventi un importante strumento di formazione per i professionisti sanitari nell'ambito della loro mobilità internazionale.

Tra i possibili ulteriori sviluppi dell'attuale sistema di monitoraggio, oltre alla valutazione dell'ulteriore criterio della «correttezza» della compilazione di alcuni documenti e all'introduzione, a partire da giugno del

2009, di *audit* sistematici delle cartelle di pazienti non ancora dimessi, tramite l'utilizzo della *tracer methodology*,⁴ la CRCC dell'Ospedale di Locarno sta considerando la possibilità di estendere la verifica a cartelle cliniche di differenti regimi di cura (non solo cartelle di pazienti degenti e di pazienti di pronto soccorso ma, ad esempio, anche di pazienti dell'Ospedale di giorno) e di utilizzare gli esiti degli *audit* delle cartelle cliniche come elementi per la valutazione delle performance del personale medico. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, è già in corso un test che terminerà alla fine del 2010 e che sta interessando il pronto soccorso e i dipartimenti di medicina interna e chirurgia.

Figura 1

Campagna di comunicazione dell'Ospedale di Locarno: alcuni esempi di poster

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano tutti i membri della Commissione revisione cartelle cliniche dell'Ospedale regionale

di Locarno (costituita da Chiara Canonica, Daniela De Filippi, Patrick Derighetti, dr med. Luca Gabutti – presidente della commissione –, dr med. Giacomo Giudici, dr.ssa med. Marilù Guigli, dr.ssa Angela Greco, dr med. Stefano Lucchina, dr med. Mario Maggiorini, direttore Luca Merlini, dr.ssa med. Rita Monotti, Tatiana Palermo, dr med. Stephane Schlunke) per l'importante lavoro di monitoraggio svolto in questi anni con l'obiettivo di migliorare la documentazione clinica del paziente e assicurare la promozione di cure più adeguate.

Note

1. L'Ente ospedaliero cantonale (Eoc) è stato istituito con la Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982. Venti anni più tardi, con la Legge sull'Eoc del 19 dicembre 2000, l'Eoc è stato trasformato in una vera e propria azienda pubblica dotata di ampia autonomia operativa e gestionale. L'azienda non ha scopo di lucro. Lo scopo dell'Eoc è di provvedere alla direzione e alla gestione di ospedali pubblici, garantendo alla popolazione ticinese le strutture stazionarie e i servizi medici necessari. L'Eoc è un ospedale multisito composto dai seguenti istituti: l'Ospedale regionale di Lugano; l'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli



- costituito dall'Ospedale regionale di Bellinzona e dagli Ospedali di zona di Faido e Acquarossa; l'Ospedale regionale di Mendrisio Beata Vergine; l'Ospedale regionale di Locarno la Carità; la Clinica di riabilitazione di Novaggio. La presenza di questi ospedali sull'intero territorio cantonale consente di garantire ai pazienti un'offerta ospedaliera globale e di prossimità, indipendentemente dal luogo in cui sono richiesti i servizi.
2. Ad esempio, a partire dal 2007, tra gli aspetti richiesti nella nuova politica dell'Ospedale regionale di Locarno, risultano lo *screening* del rischio di caduta, lo *screening* nutrizionale e la valutazione del fabbisogno educativo, da eseguire per tutti i pazienti degenti entro le prime 24 ore dall'ammissione in Ospedale. Tali requisiti fanno riferimento ad alcuni standard specifici del capitolo intitolato «Assessment of patient - AOP» del manuale JCI per ospedali.
 3. La statistica medica *intra-muros*, introdotta dall'Ufficio federale di statistica (Ust) nel 1997 per descrivere gli istituti del settore socio-sanitario a carattere residenziale, rileva le caratteristiche principali di ogni paziente ricoverato (degente) o curato in regime di semi-ospedalizzazione (ricovero di al massimo un giorno) in istituti ospedalieri (ospedali pubblici o cliniche private). In questo rilevamento vengono registrati, per ogni paziente, i dati anagrafici (sesso, età, nazionalità, ecc.) e le principali caratteristiche del ricovero ospedaliero (diagnosi, interventi chirurgici subiti, passaggio nel reparto di cure intense, data di entrata e di uscita, tipo di assicurazione, ecc.).
 4. Processo utilizzato dai valutatori JCI durante la visita *in situ* per analizzare i sistemi di organizzazione ricostruendo il percorso di singoli pazienti attraverso il processo assistenziale nella sequenza vissuta dai pazienti stessi (JCR, 2007).

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

- AA.VV. (1989), *Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario* (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989.
- ALBERTINI M. (2006), «Cartella sanitaria: diritti individuali e protezione dei dati», *Rivista ticinese di diritto. RtiD*, edizione speciale (Studi in onore di Marco Borghi per il suo 60esimo compleanno), pp. 5-67.
- COVELL D.G., UMAN G.C., MANNING P.R. (1985), «Information needs in office practice: are they being met?», *Ann Intern Med*, 103, pp. 596-599.
- DAWES K.S. (1972), «Survey of general practice records», *British Medical Journal*, 3, pp. 219-223.
- HOGAN WR, WAGNER M.M. (1997), «Accuracy of data in computer-based patient records», *J Am Med Inform Assoc*, 4(5), pp. 342-355.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1997), *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*, Revised Edition, National Academies Press, Washington, DC.
- JOINT COMMISSION RESOURCES (2007), *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition* (effective January 2008).
- LAU H.S. et al. (2000), «The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards», *Br J Clin Pharmacol*, 49(6), p. 597-603.
- LOGAN J.R., GORMAN P.N., MIDDLETON B. (2001), «Measuring the Quality of Medical Records: a Method for Comparing Completeness and Correctness of Clinical Encounter Data Proceedings», *Amia Annual Symposium*, pp. 408-12.
- MAMLIN J.J., BAKER D.H. (1973), «Combined time-motion and work sampling study in a general medicine clinic», *Med Care*, 11, pp. 449-456.
- MULVEHILL S., SCHNEIDER G., CULLEN C.M., ROATEN S., FOSTER B., PORTER A. (2005), «Template-guided versus undirected written medical documentation: a prospective. Randomized trial in a family medicine residency clinic», *J Am Board Fam Pract*, 18, pp. 464-469.
- NONIS M., BRAGA M., GUZZANTI E. (1998), *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- PASINI E., RAVIZZA P.F. (2004), «La cartella clinica come documento del Sistema Qualità: un esempio pratico», *Ital Heart J. Suppl*, 5 (2), pp. 112-118.
- PORIES W.J. (1990), «Is the medical record dangerous to our health?», *North Carolina Medical Journal*, 51, pp. 47-55.
- ROMM F.J., PUTNAM S.M. (1981), «The validity of the medical record», *Med Care*, 19, pp. 310-315.
- ROSSI MORI A., MACERATINI R. (2005), «La cartella clinica elettronica (Electronic Patient Record)», *Manuale Informatica medica*, Capitolo 6.
- SCANDELLARI C. (2006), «La cartella nella metodologia clinica», atti del 1° Congresso nazionale Aidos, *Cartella Clinica: passato, presente e futuro*, abstract del Convegno Internazionale IFHRO-ERT MEETING, 19-20 ottobre 2006, Milano.
- SCHMID N.A. (1990), «Reducing patient falls: A research-based comprehensive fall prevention program», *Military Medicine*, 155 (5), pp. 202-207.
- SCHRIGER D.L., BARAFF L.J., ROGERS W.H., CRETIN S. (1997), «Implementation of clinical guidelines using a computer charting system», *JAMA*, 278, pp. 1585-1590.
- TANG P.C., FAFCHAMPS D., SHORTLIFFE E.H. (1994), «Traditional medical records as a source of clinical

- data in the outpatient setting», *AMIA Proc*, pp. 575-579.
- TUFO H.M., SPEIDEL J.J. (1971), «Problems with medical records», *Med Care*, Nov-Dec, 9(6), pp. 509-517.
- WRENN K., RODEWALD L., LUMB E., SLOVIS C. (1993), «The use of structured, complaint-specific patient encounter forms in the emergency department», *Ann Emerg Med*, 22, pp. 805-812.
- ZIMMERMAN J. (1978), *Physician Utilization of Medical Records: Preliminary Determinations*, St. Louis, Mo, Washington University, Biomedical Computer Lab.

La gestione delle tecnologie biomediche presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: utilizzo di indicatori di processo

P.P. FERRETTI, P. BOTTAZZI, F. SONCINI, D. GALLO, M.E. COSTA, G. MAZZI

Medical technology is a large part of the total capital of every modern hospital and, considered its nature of «frozen knowledge», the most critical one. Yet, data needed to effectively manage technologies are usually difficult to obtain. The article describes the case of Reggio Emilia Hospital where a specialized unit (Servizio Tecnologie Biomediche - STB) is not only responsible of the technical aspects related to the functioning of medical technologies but also supports managerial decisions and processes. Considering a decade, data and indicators about technologies in the hospital and its management are presented and discussed. Future directions in terms of role of the unit and new tools of analysis are discussed as well.

Keywords: biomedical technology management, medical equipment, benchmark indicators, budget process

Parole chiave: gestione tecnologie biomediche, apparecchiature biomediche, indicatori di benchmark, processo di budget

Note sugli autori

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova
Pier Paolo Ferretti è Direttore di S.C. STB, ferretti.pierpaolo@asmn.re.it
Paolo Bottazzi, Ferruccio Soncini sono dirigenti S.C. STB
Daniele Gallo è collaboratore S.T.B.
Maria Elena Costa è Direttore di S.C. Servizio C.d.G.
Giorgio Mazzi è Direttore Operativo Azienda Ospedaliera

1. Premessa

A metà degli anni '90, quando la Direzione aziendale dell'Arcispedale S. Maria Nuova decise di dare corso alla istituzione di un Servizio tecnologie biomediche (STB) interno all'Azienda aveva chiara consapevolezza che doveva essere portato a sistema l'intero processo di gestione del parco delle apparecchiature biomediche dell'Ospedale. Gli obiettivi principali assegnati a STB erano quelli di garantire la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori nell'utilizzo delle apparecchiature e di contenere i costi di gestione delle stesse, mantenendo al contempo elevati standard di qualità.

A distanza di un quindicennio STB è dotato, oggi, di un organico interno costituito da un Direttore (fisico), quattro ingegneri, un perito e due unità amministrative. Il Servizio si avvale del supporto di una ditta esterna che fornisce personale dedicato oltre che alle verifiche di sicurezza sull'intero parco tecnologico, anche alle attività di manutenzione delle apparecchiature di minore complessità (sei tecnici e una unità amministrativa presenti stabilmente in azienda). Per la manutenzione delle tecnologie più complesse, STB si rivolge direttamente ai produttori delle apparecchiature stipulando specifici contratti di manutenzione o attivando di volta in volta richieste di interventi di manutenzione su chiamata.

STB ha il compito di governare l'intero ciclo di vita delle apparecchiature biomediche che può essere in estrema sintesi rappresentato nelle seguenti fasi:

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il patrimonio tecnologico dell'Ospedale: un'analisi
3. La gestione del patrimonio tecnologico
4. Prospettive e conclusioni

- collaborazione con la Direzione aziendale nella definizione del *budget* delle apparecchiature biomediche;
- predisposizione dei capitolati tecnici per l'acquisto delle nuove apparecchiature;
- verifiche in fase di accettazione delle nuove apparecchiature;
- inventariazione delle apparecchiature e aggiornamento dei dati inventariali;
- gestione della manutenzione delle apparecchiature in uso;
- verifiche di sicurezza periodiche;
- messa fuori uso delle apparecchiature.

L'Azienda ospedaliera nella quale STB opera è quella di Reggio Emilia. Nell'Arcispedale S. Maria Nuova sono presenti tutte le principali discipline mediche, chirurgiche, e diagnostiche, articolate in 10 dipartimenti clinico-assistenziali. Oltre alle Strutture complesse di Medicina generale e di Chirurgia generale, l'Ospedale si caratterizza per la presenza di diverse specialità quali Endoscopia digestiva, Ematologia, Oncologia, Medicina nucleare, Radioterapia oncologica. Ha una dotazione di 917 posti-letto di cui 115 di *day hospital* ed è dotato di 16 sale operatorie e di una Rianimazione con 12 posti-letto. Nel 2009 ha erogato: 32.739 ricoveri in regime ordinario, 15.939 cicli in regime di *day hospital*, 4.693.580 prestazioni in regime ambulatoriale. L'Azienda sta completando il percorso per il riconoscimento di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) in Oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali, il cui cuore sarà rappresentato da due dipartimenti: Dipartimento oncologico e Dipartimento tecnologie avanzate.

A partire dalla sua costituzione, STB ha effettuato una analisi approfondita del patrimonio tecnologico esistente e, appoggiandosi a un sistema informatizzato di gestione delle apparecchiature biomediche, ha iniziato a raccogliere in modo sistematico i dati relativi al parco tecnologico aziendale. Sulla base dei dati raccolti, ha via via sviluppato e sperimentato una serie di indicatori che nel corso degli anni si sono rivelati essenziali per la programmazione degli obiettivi aziendali nel settore delle apparecchiature biomediche.

La raccolta dei dati, effettuata in modo sistematico, e la costante revisione/aggiornamento degli stessi hanno consentito di avere a disposizione informazioni di elevata qua-

lità, sulle quali si basano le analisi illustrate nel presente articolo. La confidenza dei dati e, quindi, dei risultati delle analisi effettuate su questi indicatori guida già da diversi anni importanti decisioni che la Direzione aziendale assume nel campo delle tecnologie sanitarie.

2. Il patrimonio tecnologico dell'Ospedale: una analisi

Nella **figura 1** sono riportate le serie storiche del valore residuo e del valore rivalutato delle apparecchiature in uso nell'Azienda dal 2000 al 2009. Tutti i valori sono stati aggiornati a fine 2009 con l'incremento fornito dall'indice Istat di inflazione. Il valore residuo è stato calcolato utilizzando un periodo di ammortamento di otto anni per tutte le apparecchiature. Nel corso del lavoro si farà costantemente riferimento al valore rivalutato delle apparecchiature in uso, definito come aggiornamento al 2009 del valore di acquisto secondo l'indice Istat di inflazione. STB utilizza, infatti, abitualmente questo indicatore per avere una ragionevole stima del valore di sostituzione delle apparecchiature e per un valido riferimento in fase di previsione e di analisi dei costi di manutenzione. È opportuno sottolineare come entrambi i valori proposti, se ben si prestano a essere assunti come punti di riferimento per un servizio di natura tecnica che guarda ai processi produttivi, molto dovrebbero essere discussi qualora si trattasse di stimare, problema qui non affrontato, il valore economico del patrimonio aziendale.

I valori riportati si riferiscono alle sole apparecchiature presenti in Azienda a titolo di «acquisto», «noleggio», «donazione» ed escludono, invece, le apparecchiature, quasi esclusivamente di laboratorio, presenti a titolo di «service». Il valore di queste ultime, qualora conteggiato, non sarebbe certamente irrilevante rispetto al patrimonio tecnologico complessivo, ma la scelta di acquisire una parte del processo produttivo di laboratorio come servizio, trasferendo quindi responsabilità e decisioni al fornitore, esclude quel patrimonio dall'orizzonte STB, fatto salvo la inventariazione e la gestione della sicurezza delle apparecchiature.

L'Ospedale è dotato delle più avanzate tecnologie complesse quali: acceleratori

lineari per radioterapia (fra i quali uno per Tomoterapia), Pet/CT, Spect/CT, Ciclotrone per la produzione radiofarmaci, Pacs radiologico, RM ad alto campo, TC multistrato, sistemi radiologici digitali, sale per terapia radiometabolica, sofisticate apparecchiature per videoendoscopia.

Il valore di apparecchiature per posto-letto, a fine 2009, si avvicinava a 84.000 euro (figura 2): considerando che nel 2000 tale valore era di 59.000 euro (nel 2000 erano attivi 887 posti-letto), l'incremento in dieci anni è stato superiore al 40%.

Il numero complessivo di apparecchiature a fine 2009 ha raggiunto le 7.373 unità (figura 3): in questo numero non sono inclusi gli oltre 5000 accessori (ad esempio: moduli per monitor paziente, alimentatori, carrelli per colonne video, accessori per tavolo operatorio, ...) a completamento delle stesse. L'incremento numerico dal 2000 è stato di oltre il 40%.

Il valore rivalutato medio per singola ap-

parecchiatura, a fine 2009, era pari a 10.400 euro.

Il numero medio di apparecchiature per posto-letto è aumentato da 5,8 apparecchiature nel 2000 a circa 8 apparecchiature nel 2009, con un incremento (40%) pari all'incremento del valore di apparecchiature per posto-letto. È importante non sottovalutare la rilevanza di un indicatore relativo alla consistenza meramente quantitativa delle apparecchiature. Infatti, il numero non dice nulla del valore dell'apparecchiatura censita, ma dal punto di vista delle funzioni che devono essere svolte per mantenere la piena funzionalità del patrimonio tecnologico esiste una sorta di «costo fisso» (censimento, manutenzione, previsioni di rimpiazzo), che è indipendente dal valore e dalla complessità di una apparecchiatura.

Se definiamo come «alta tecnologia» le apparecchiature con valore unitario superiore a 200.000 euro, il grafico della figura 4 mostra come sia variata nel corso degli an-

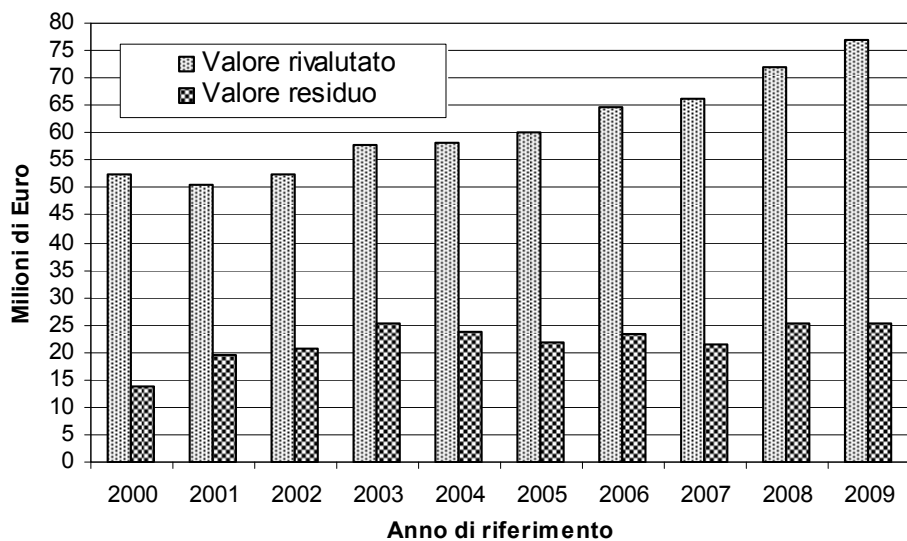
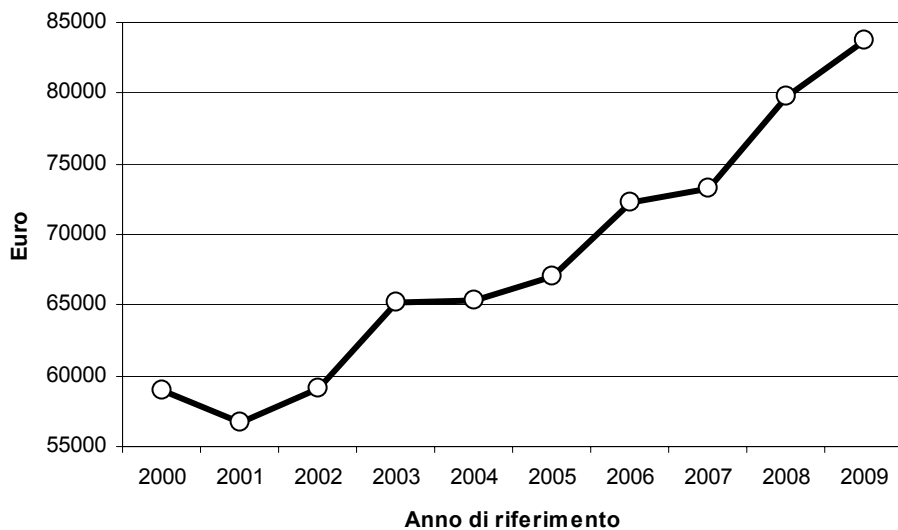


Figura 1
Valore complessivo apparecchiature biomediche in uso

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Valore rivalutato (milioni di euro)	52,33	50,41	52,38	57,71	58,36	59,94	64,57	66,21	72,14	76,77
Valore residuo (milioni di euro)	13,86	19,39	20,82	25,27	23,78	21,79	23,43	21,42	25,40	25,44

Figura 2

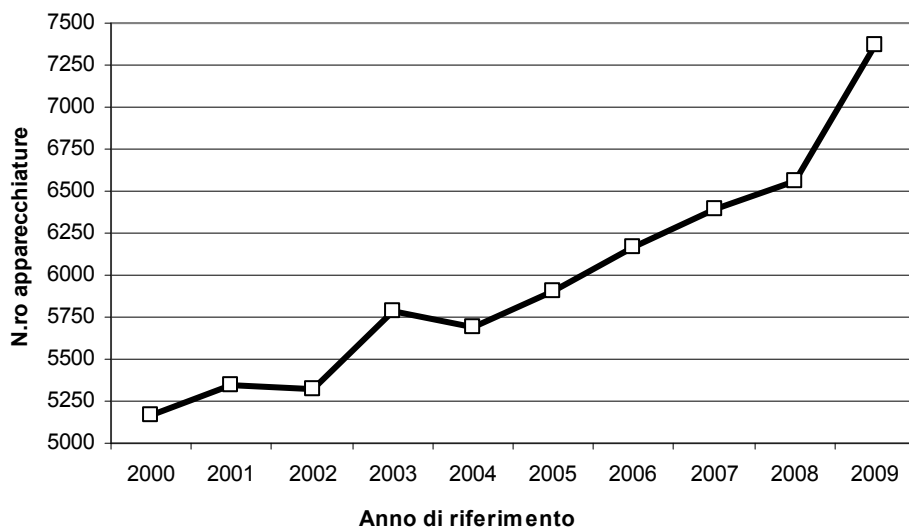
Valore rivalutato apparecchiature per posto-letto (euro)



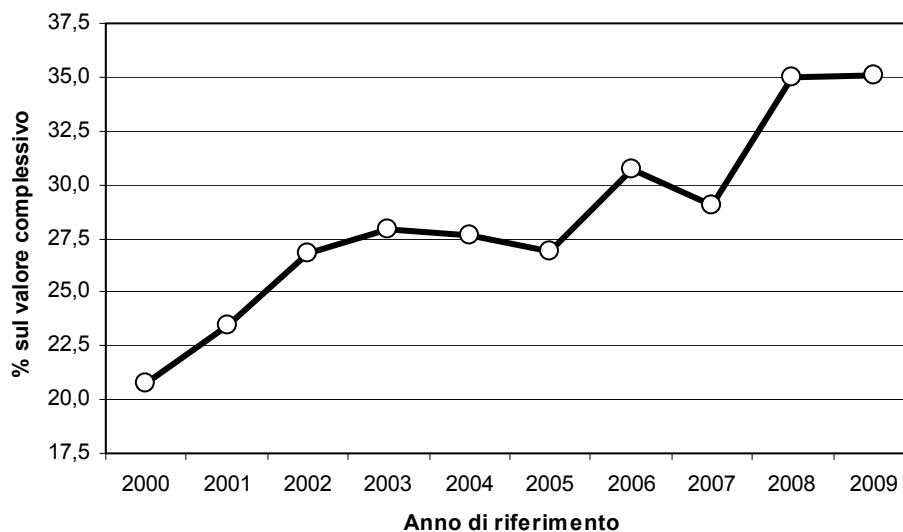
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
58.993	56.708	59.121	65.139	65.284	67.046	72.222	73.246	79.796	83.718

Figura 3

Numero di apparecchiature biomediche in uso



2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5165	5347	5321	5788	5689	5899	6162	6398	6560	7373



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% sul valore rivalutato complessivo	20,8	23,4	26,8	28,0	27,6	26,9	30,7	29,0	35,0	35,1

ni la «complessità» del parco tecnologico aziendale: infatti, mentre il valore delle alte tecnologie nel 2000 rappresentava il 21% del valore complessivo rivalutato delle apparecchiature, a fine 2009 tale valore ha raggiunto il 35%. Si può ritenere che tale aumento sia rappresentativo sia di una tendenza dell'Ospedale a introdurre percorsi diagnostici e terapeutici che necessitano di tecnologie più complesse (e quindi più costose), sia di una tendenza del mercato delle apparecchiature elettromedicali a proporre apparecchiature sempre più sofisticate.

L'età media delle apparecchiature in esercizio (figura 5) era, a fine 2009, di $7,46 \pm 5,97$ anni (media \pm SD). Questo dato non include le apparecchiature presenti in Azienda a titolo di «service»: generalmente queste apparecchiature sono caratterizzate da una vita media decisamente più bassa di quella delle altre apparecchiature, in quanto la loro presenza è legata alla durata del contratto di fornitura, indipendentemente dalla loro effettiva età.

Analizzando la distribuzione per età delle apparecchiature, in particolare la «coda»

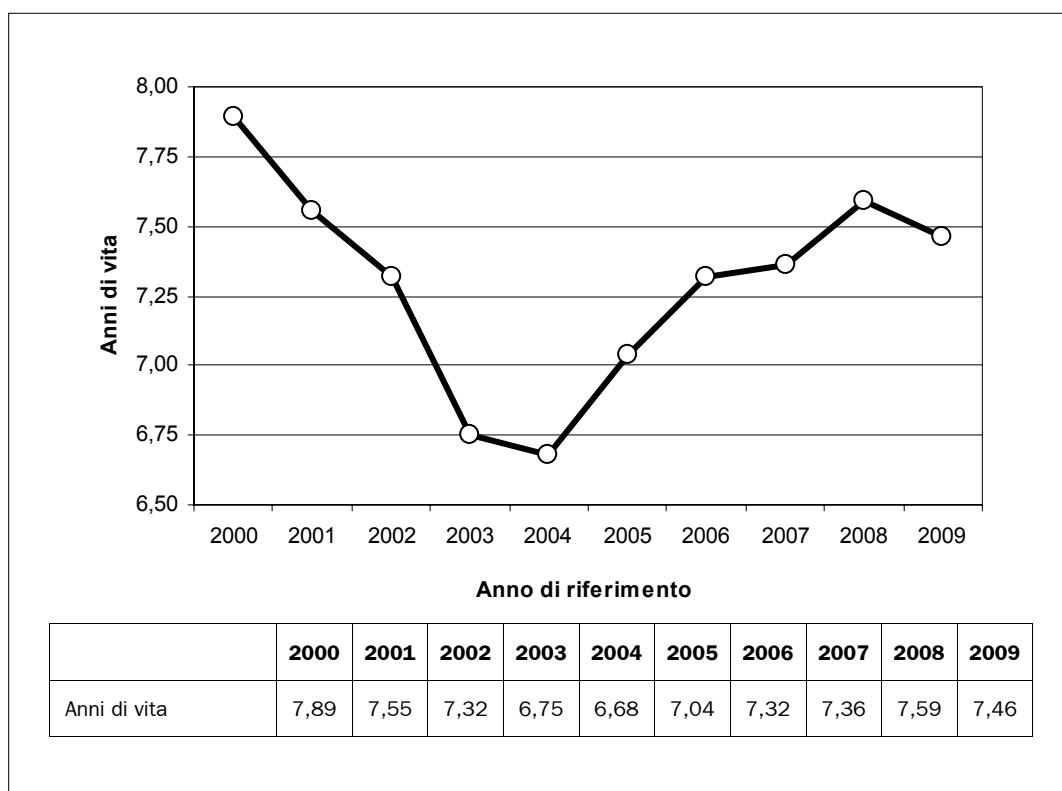
delle apparecchiature più datate, si osserva che la percentuale di apparecchiature con età superiore a 15 anni si è ridotta al 9,5% del totale rispetto al 12,3% del 2000.

L'età media è un indicatore di particolare rilevanza, in quanto può contribuire a determinare sia l'efficienza che l'efficacia delle indagini strumentali prodotte con le apparecchiature biomediche: infatti, si può facilmente intuire che, nell'ipotesi in cui sia operativo un adeguato piano di manutenzione preventiva, quanto più un'apparecchiatura è di recente acquisizione, tanto è più probabile che sia pienamente funzionante al momento del bisogno (efficienza) e che la prestazione fornita con l'utilizzo della stessa sia aderente ai parametri dichiarati dal costruttore (prestazione efficace). Inoltre, una età media e una SD contenute sono l'indice di un orientamento equilibrato seguito dall'Azienda nella panificazione degli investimenti per le apparecchiature biomediche: infatti, se l'Azienda privilegiasse soltanto gli investimenti sulle alte tecnologie, l'età media complessiva del parco tecnologico tenderebbe rapidamente ad aumentare a scapito

Figura 4
Peso delle alte tecnologie
sul valore rivalutato
complessivo

Figura 5

Età media apparecchiature in uso



della qualità complessiva delle prestazioni erogate dall'Azienda. L'età media, al contrario, si manterrebbe bassa, se una parte degli investimenti, oltre a quella destinata alle eccellenze tecnologiche, venisse destinata alla sostituzione di apparecchiature obsolete (Ancellin, 1999; Ministero della Salute, 2002a): se si escludono gli investimenti destinati alla sostituzione delle alte tecnologie, per i quali intervengono scelte strategiche definite dalla Direzione aziendale, dal 2000 ad oggi il nostro Ospedale, su indicazione di STB, ha destinato alla sostituzione di apparecchiature obsolete in media il 27% del *budget* totale in tecnologie. Un'attenta pianificazione a *budget* delle apparecchiature da sostituire ha consentito di contenere in questi anni il valore complessivo delle richieste fuori *budget* entro una media del 2-3% del *budget* totale in tecnologie.

Altri fattori che influenzano l'età media delle apparecchiature sono il numero delle nuove apparecchiature collaudate ogni anno e il numero di quelle poste fuori uso: tanto più questi due numeri sono rilevanti, quanto più l'età media si manterrà bassa. Dal grafico del-

la **figura 6** si evidenzia generalmente un saldo positivo fra il numero di nuove apparecchiature poste in uso ogni anno e il numero di apparecchiature dismesse nello stesso anno.

L'età media, infine, dipende anche dalla efficienza che si riesce a raggiungere nella gestione del processo di messa fuori uso delle apparecchiature. Un valido indicatore dell'efficienza di questo processo può essere ricavato attraverso il monitoraggio dell'età media delle apparecchiature dismesse: quanto più si riuscirà a dismettere le apparecchiature più datate (cioè a tenere alta l'età media delle apparecchiature dismesse in quell'anno) tanto maggiore sarà il contributo al «ringiovanimento» del parco tecnologico (**figura 7**). L'applicazione di tecniche oculate nella definizione delle priorità sulle apparecchiature da porre fuori uso (Capuano, 2010) contribuisce alla ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche a disposizione e anche a una maggiore tutela dell'ambiente (Ferretti *et al.*, 2008; Palmer Martin, 2008).

Notevoli sono state le fluttuazioni degli investimenti che l'Azienda ha destinato ogni

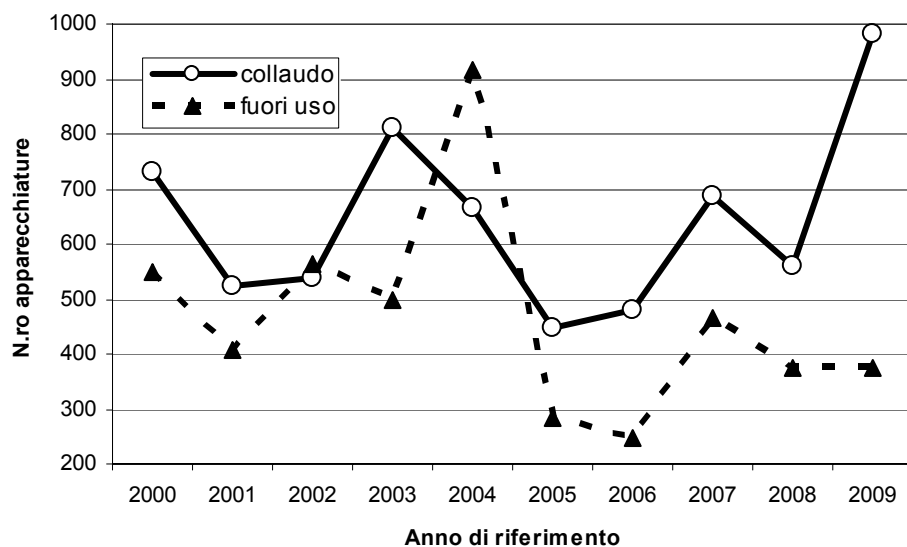


Figura 6
Numero di apparecchiature collaudate e poste in fuori uso

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Numero apparecchiature collaudate	732	522	539	811	667	448	479	688	560	980
Numero apparecchiature poste fuori uso	550	406	565	499	917	284	249	466	374	376

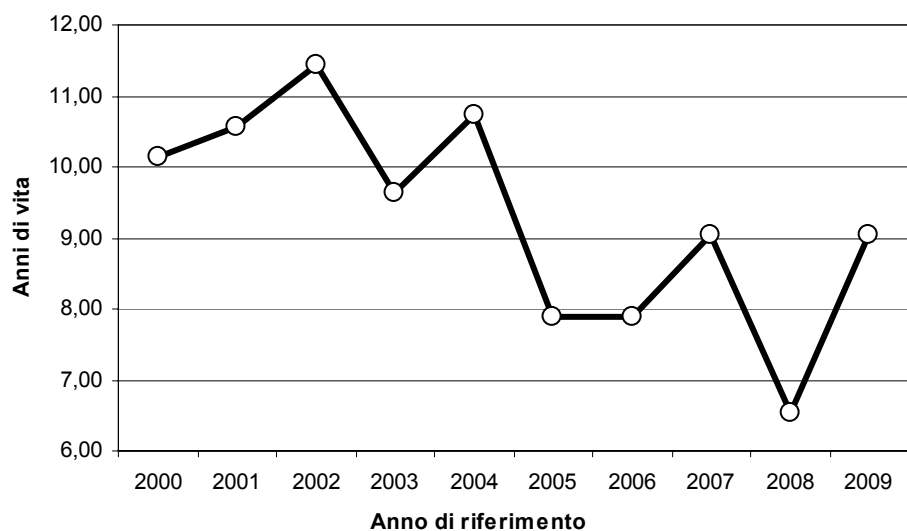
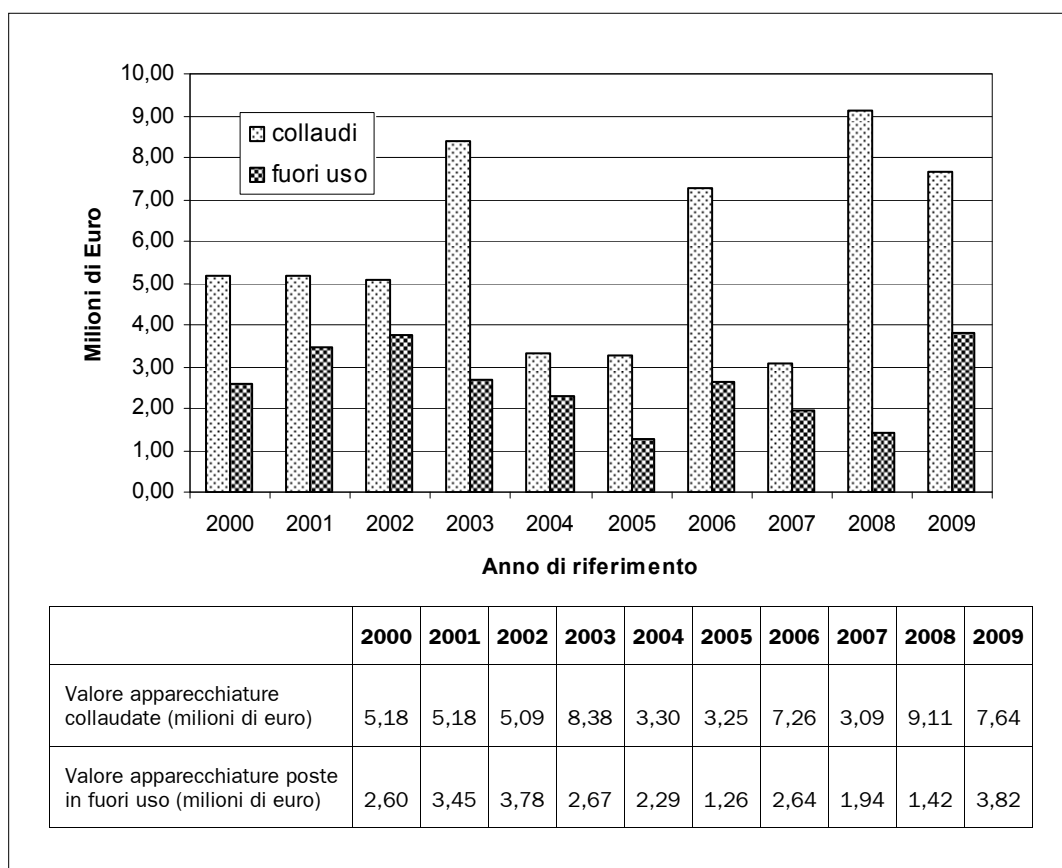


Figura 7
Età media apparecchiature poste in fuori uso

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anni di vita	10,15	10,55	11,45	9,64	10,72	7,89	7,90	9,03	6,53	9,04

Figura 8

Valore apparecchiature collaudate e poste in fuori uso



anno alle apparecchiature biomediche (**figura 8**): si è passati dai 3,2 milioni di euro del 2005 agli oltre 9 milioni di euro del 2008. Ciò è dipeso sia dalla disponibilità dei finanziamenti assegnati dal Sistema sanitario nazionale, sia dalla disponibilità di ulteriori fonti di finanziamento (fondi regionali, donazioni locali), oltre che dalle scelte strategiche adottate dalla Direzione aziendale nell'assegnazione dei fondi a disposizione del bilancio: ad esempio, in corrispondenza dell'attivazione di una nuova struttura ospedaliera vengono anche assegnate contemporaneamente importanti risorse straordinarie destinate al potenziamento del parco tecnologico.

Il valore delle apparecchiature poste ogni anno fuori uso (da 1,2 milioni di euro del 2005 a 3,8 milioni di euro del 2009) è determinato da due componenti: la prima, relativamente costante, deriva da un'operazione di rinnovo ordinario del parco tecnologico più obsoleto, la seconda deriva invece dalla sostituzione straordinaria di alte tecnologie

legata, fra l'altro, a scelte strategiche aziendali.

3. La gestione del patrimonio tecnologico

Come si è detto, le funzioni che STB svolge vengono garantite, in parte, da una struttura interna e, in parte, attraverso soggetti esterni: in particolare, una impresa che fornisce stabilmente attività di manutenzione preventiva, correttiva e di verifiche di sicurezza sulle apparecchiature e specifici contratti di manutenzione con i produttori delle apparecchiature per quelle complesse (Derrico, 2000; Health Devices, 1997; Ministero della Salute, 2002b; Bedani, 2002).

Il *software* di gestione dei dati di attività utilizzato da STB è uno strumento di lavoro quotidiano per tutto il personale, sia amministrativo che tecnico: i dati raccolti con questo *software* hanno fornito un fondamentale supporto alla Direzione aziendale per le scelte strategiche e di programmazione degli investimenti in tecnologie biomediche.

Il *software* di gestione consente di raccogliere le informazioni necessarie a:

- migliorare l'utilizzo delle apparecchiature esistenti;
- programmare gli interventi di manutenzione;
- individuare le apparecchiature obsolete;
- verificare la «qualità» delle apparecchiature;
- fornire un supporto per l'acquisto di nuove apparecchiature;
- valutare i costi residui delle apparecchiature e i costi di manutenzione;
- elaborare statistiche sui dati raccolti.

La versione più recente del *software* gestionale è interamente basata su tecnologia *web*: pertanto può essere utilizzata ovunque all'interno della *intranet* ospedaliera e su internet, con qualunque computer aziendale dotato di *browser*, senza la necessità di installazione su ciascuna stazione di lavoro. Gli utilizzatori delle varie strutture (ad es. caposala, capotecnici, personale sanitario ecc.) hanno la possibilità di gestire, dalla propria postazione di lavoro, le apparecchiature presenti nel proprio reparto: possono, fra l'altro, visualizzare la parte già informatizzata dei diari macchina, consultare i manuali d'uso, effettuare le segnalazioni di guasto via *web* in tempo reale.

Il sistema informatizzato ha consentito la raccolta sistematica di molteplici indicatori fra i quali quelli riportati in questo lavoro: anche se i dati sono disponibili dal 1996, in questo lavoro è parso conveniente limitare la presentazione delle serie storiche dei dati a partire dall'anno 2000.

Il Piano di manutenzione preventiva predisposto da STB ha portato alla esecuzione nel 2009 di 2200 attività di manutenzione preventiva. Il Piano prevede l'affidamento degli interventi:

- alle ditte fornitrici per tutte le apparecchiature coperte da garanzia;
- alle ditte titolari di contratto di manutenzione per tutte le apparecchiature coperte da contratto di manutenzione;
- alla ditta esterna che opera a supporto di STB per le apparecchiature di minore complessità tecnologica.

Per quanto riguarda la manutenzione correttiva, la maggior parte degli interventi viene svolta dalla ditta esterna che opera in appoggio a STB: nel 2009 questa ditta ha eseguito 4395 interventi pari al 90% del totale degli interventi di manutenzione correttiva (comprensivo anche di quelli eseguiti dai produttori delle apparecchiature). Come è logico attendersi, il numero complessivo di interventi di manutenzione correttiva è aumentato in questi anni di pari passo con l'aumento del numero delle apparecchiature in uso in Azienda.

Allo scopo di misurare l'efficienza delle attività di manutenzione correttiva, viene registrato sul sistema informativo interno di STB anche il tempo di disservizio causato da ogni guasto, distinguendolo in tempo di disservizio «totale» o «parziale» (è definito come «totale» un guasto che blocca completamente la funzionalità dell'apparecchiatura): nel corso del 2009 il tempo di disservizio medio relativo alle chiamate con disservizio parziale risolte dalla ditta esterna, che opera in appoggio a STB, è stato di 3,83 giorni, mentre quello delle 1254 chiamate relative ad apparecchiature che hanno subito un disservizio totale è stato di 2,61 giorni.

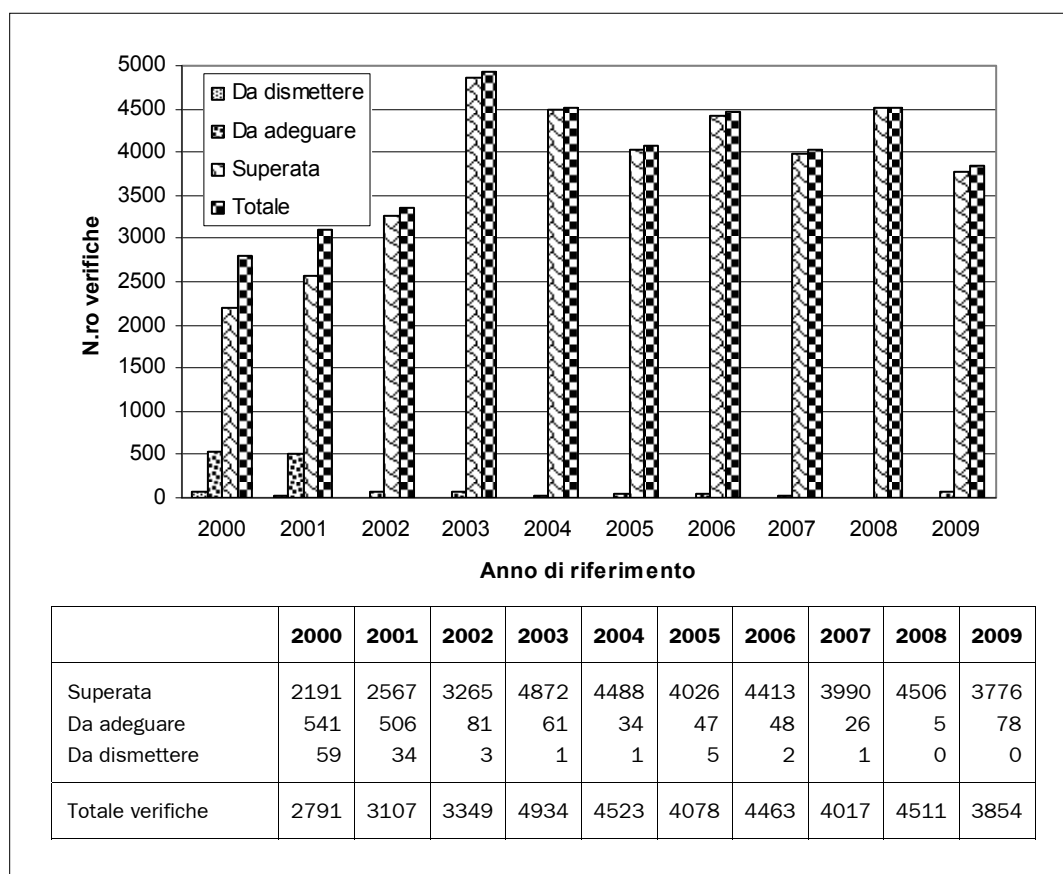
Al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e degli operatori che utilizzano le apparecchiature biomediche, STB ha predisposto e mantiene aggiornato un Piano della sicurezza che prevede, fra l'altro, l'esecuzione di verifiche periodiche di sicurezza elettriche condotte secondo le Norme di riferimento (Norma Italiana CEI, 2002) con periodicità semestrale (apparecchiature di Neonatologia), annuale (apparecchiature «salvavita», apparecchiature presenti nei Comparti operatori, nelle terapie intensive, nella Rianimazione) o biennale (restanti apparecchiature). In questi ultimi anni, il Piano ha previsto l'esecuzione di 4000-4500 verifiche/anno (Caroli *et al.*, 2008).

Nella **figura 9** vengono riportati gli esiti delle verifiche: come si può osservare, il numero di apparecchiature che necessitano di adeguamento normativo risulta attualmente estremamente contenuto, mentre è altamente improbabile che una apparecchiatura debba essere dismessa per palesi non conformità alle normative di sicurezza.

I costi complessivi annui sostenuti per le attività di manutenzione (Cohen, 1997; Co-

Figura 9

Esiti verifiche di sicurezza sulle apparecchiature biomediche



hen, 1998) e verifiche di sicurezza sulle apparecchiature biomediche assommavano nel 2009 a 4,1 milioni di euro (figura 10, linea continua). Tali costi sono costituiti:

– dai costi per contratti di manutenzione *full risk* attivati con i produttori di apparecchiature complesse (3,45 milioni di euro, nel 2009) e dal costo del personale della ditta che opera in appoggio a STB (figura 10, linea punteggiata);

– dai costi per gli interventi su chiamata sostenuti con i produttori di apparecchiature di minor livello di complessità (comprensivo dei costi di mano d'opera, trasferta, e parti di ricambio) e dal costo delle parti di ricambio relativi a guasti gestiti dalla ditta che opera in appoggio a STB (663.000 euro, nel 2009) (figura 10, linea tratteggiata).

Sono invece esclusi da tali costi, quelli sostenuti dall'Azienda ospedaliera per il personale interno a STB dedicato alla gestione

delle attività di manutenzione e sicurezza (un ingegnere, un tecnico, due amministrativi).

Dai grafici della figura 10 si osserva un andamento crescente dei costi per contratti di manutenzione: ciò è da attribuire principalmente al fatto che nello stesso periodo è anche aumentato il valore complessivo delle alte tecnologie (si veda grafico di figura 4) con corrispondente aumento del costo dei contratti di manutenzione. Al contrario, i costi relativi agli interventi su chiamata, seppure in presenza di un considerevole aumento del numero di apparecchiature in uso (+ 40% dal 2000 al 2009), sono diminuiti nello stesso periodo di circa il 30%, a conferma del buon livello di economicità del servizio di manutenzione gestito da STB con la ditta che opera in appoggio.

Nella figura 11 viene riportato l'andamento della percentuale dei costi annui complessivi per la manutenzione rapportato al valore rivalutato complessivo del parco tecnologico installato (figura 11, linea con-

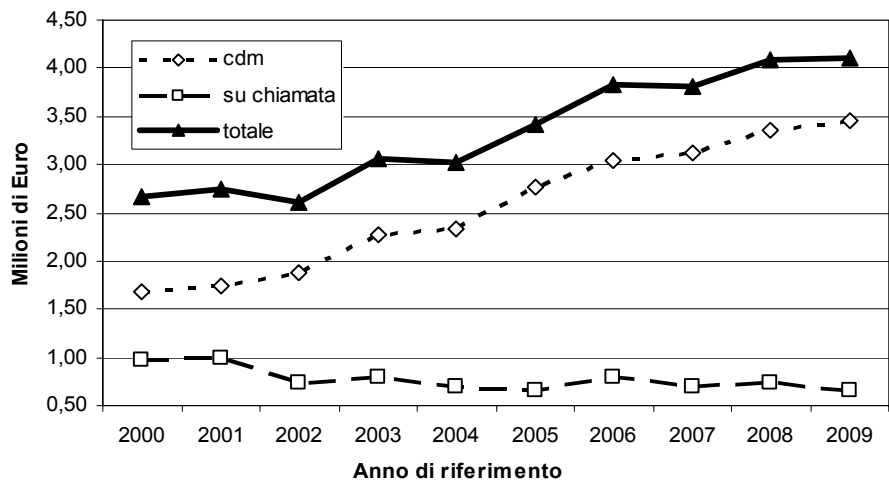


Figura 10
Costi di manutenzione
disaggregati

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Per contratti di manutenzione (milioni di euro)	1,684	1,748	1,880	2,274	2,329	2,768	3,034	3,111	3,358	3,448
Su chiamata (milioni di euro)	0,981	0,991	0,732	0,789	0,689	0,649	0,791	0,701	0,728	0,663
Totale costi di manutenzione (milioni di euro)	2,665	2,739	2,612	3,063	3,018	3,418	3,824	3,812	4,086	4,111

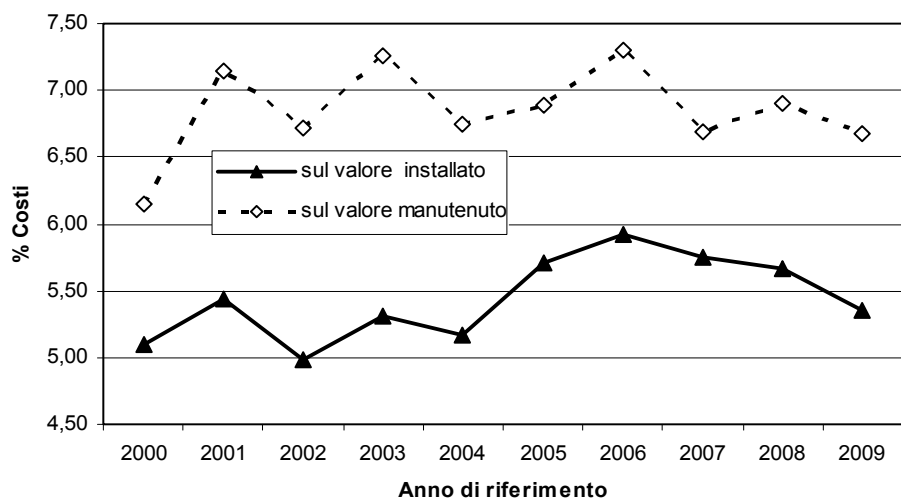


Figura 11
Rapporto percentuale
fra costi di manutenzione
e valore rivalutato
apparecchiature

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% sul valore complessivo di apparecchiature in uso	5,09	5,43	4,99	5,31	5,17	5,70	5,92	5,76	5,66	5,36
% sul valore complessivo di apparecchiature non coperte da garanzia	6,15	7,15	6,72	7,26	6,75	6,89	7,30	6,69	6,90	6,68

tinua) e al valore rivalutato complessivo del parco tecnologico effettivamente mantenuto (figura 11, *linea a tratteggio*, cioè quello relativo alle sole apparecchiature non coperte da garanzia: nel 2009 tali valori percentuali sono stati per il nostro Ospedale rispettivamente pari al 5,36% e al 6,68%. Ovviamente i due indicatori differiscono l'uno dall'altro tanto di più quanto più è elevato il valore complessivo delle apparecchiature in garanzia, ad esempio in corrispondenza degli anni in cui vengono introdotte in Azienda apparecchiature particolarmente costose.

STB ha, fra i suoi prossimi obiettivi, anche quello della informatizzazione completa del diario macchina di ogni apparecchiatura (Goffin, 1996). Attualmente il Servizio dispone di circa 8000 diari macchina in formato cartaceo (anche alcuni accessori sono dotati di diario macchina). L'istituzione e, in particolare, l'aggiornamento di ogni diario macchina comportano sia impegno di spazio fisico che di tempo per la consultazione da parte degli operatori, con possibilità di smarrimento di parte dei documenti raccolti. Peraltro, essendo l'Azienda caratterizzata da un elevato livello di informatizzazione dei diversi processi aziendali, tutti i documenti che costituiscono il diario macchina sono già disponibili in formato elettronico, ad eccezione del rapporto tecnico di intervento: una volta risolto il problema della firma digitale su questo rapporto tecnico, il percorso di informatizzazione del diario macchina potrà essere ultimato.

L'assolvimento delle funzioni operative, non esclude una attività di ricerca e innovazione che costituisce condizione essenziale per lo sviluppo e il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. In questa prospettiva, l'*Health Research* rappresenta la sfida più difficile per i Sistemi sanitari, compresi fra la necessità di innovare per offrire prestazioni sempre più coerenti con i risultati offerti dalla ricerca biomedica e l'inadeguatezza delle risorse disponibili.

Allo scopo di analizzare le principali implicazioni che comporta l'adozione di tecnologie innovative e complesse, STB ha recentemente favorito l'introduzione a livello aziendale di tecniche di *Health Technology Assessment* (Haselkorn *et al.*, 2007; Lettieri *et al.*, 2008). Lo strumento adottato consiste in una scheda di mini-HTA messa a punto

dal *Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment* (DACEHTA, 2005) che rappresenta una guida sintetica e adattabile alla realtà locale, per la raccolta di informazioni utili a formulare la decisione se introdurre o meno una nuova tecnologia. Le informazioni da raccogliere riguardano: la tecnologia, le ricadute sui pazienti, sull'organizzazione, l'impatto economico, la ricerca e la formazione professionale.

Il mini-HTA è stato utilizzato recentemente per valutare la possibilità di introdurre a livello provinciale sistemi di mammografia digitale espandibili a Tomosintesi.

4. Prospettive e conclusioni

L'applicazione degli indicatori proposti porta a concrete ricadute nell'ambito della gestione aziendale delle tecnologie biomediche, fornendo ai diversi organi aziendali (Direzione aziendale, Direttori di Dipartimento, Direttori di Strutture complesse, Controllo di gestione, Economato), nonché allo stesso STB, elementi utili alla assunzione di decisioni nei rispettivi ambiti di competenza.

In fase di predisposizione di *budget*, ad esempio, STB analizza il parco tecnologico sulla base degli indicatori sopra riportati e stila l'elenco delle apparecchiature da porre in sostituzione, impegnando una quota rilevante dell'intero *budget* assegnato alle tecnologie biomediche e consistente in una percentuale variabile tra il 25-30%.

La padronanza dei dati relativi al parco tecnologico consente a STB di affiancare la Direzione aziendale nel completamento del *budget* delle apparecchiature utilizzando anche strumenti di *health technology assessment*, in particolare per tecnologie di rilevante contenuto innovativo ed economico.

Gli indicatori relativi alla manutenzione delle apparecchiature permettono di definire in via preventiva la quota che l'Azienda dovrà impegnare di anno in anno per il mantenimento in sicurezza ed efficienza del proprio parco tecnologico.

Dall'esperienza degli ultimi anni si evince il rispetto puntuale degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale in fase di negoziazione del *budget* annuale, con il contenimento entro un limite fisiologico delle richieste di apparecchiature non pianificate a *budget* (entro il 2-3%, come già detto) e il rispetto

del tetto di spesa assegnato per la gestione delle attività di manutenzione delle apparecchiature.

Oltre al *budget* ordinario, l'Azienda deve periodicamente affrontare rilevanti progetti di ristrutturazione e di sviluppo tecnologico straordinario (ad. es: allestimento e attivazione di Comparti operatori, Rianimazione, Dipartimento di Radiologia, di Radioterapia, ...) e, già in fase di progetto, STB è chiamato a definire e dimensionare le tecnologie biomediche necessarie. I dati aggiornati a disposizione di STB consentono di quantificare con buona precisione, in via preventiva, i costi di acquisto e di manutenzione delle apparecchiature necessarie per l'attivazione delle nuove strutture sanitarie.

La conoscenza di tutti i dati economici delle apparecchiature (costo di acquisto, di manutenzione, di gestione, anche in termini dei dispositivi necessari al funzionamento dell'apparecchiatura), inoltre, permette di fornire al Controllo di gestione dell'Azienda elementi utili alla corretta quantificazione economica delle prestazioni sanitarie che fanno uso di apparecchiature biomediche.

Da ultimo, ma non certo per importanza, la particolare sensibilità dell'Azienda nel campo della gestione della sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, le disposizioni derivanti dalla legge sull'accreditamento regionale delle strutture sanitarie, i vincoli imposti dalle direttive sui dispositivi medici e sui diagnostici *in vitro* impongono che sia istituita e mantenuta costantemente aggiornata una base dati informatizzata delle apparecchiature biomediche. In questa ottica, la base dati consente di:

- assicurare la tracciabilità e la rintracciabilità delle apparecchiature;
- gestire il Piano della sicurezza e della manutenzione preventiva delle apparecchiature;
- gestire e tracciare gli interventi di manutenzione correttiva.

La registrazione e l'analisi dei dati economici relativi ai costi della manutenzione sono, inoltre, elementi necessari alla valutazione della tipologia di manutenzione da assegnare alle singole apparecchiature (manutenzione su contratto o manutenzione su chiamata) e

contribuiscono a formare la decisione della messa fuori uso delle apparecchiature.

Gli indicatori proposti possono essere utilizzati anche in modo stratificato, applicando ai dati grezzi relativi all'intero parco tecnologico una serie di filtri, allo scopo di ottenere informazioni relative, ad esempio, alle tecnologie di un dipartimento, di una struttura complessa, a famiglie omogenee di apparecchiature (apparecchiature per bioimmagini, da laboratorio, per esplorazione funzionale) (Ministero della Salute, 2010) o a una singola classe di apparecchiature (ecografi, colonne di endoscopia).

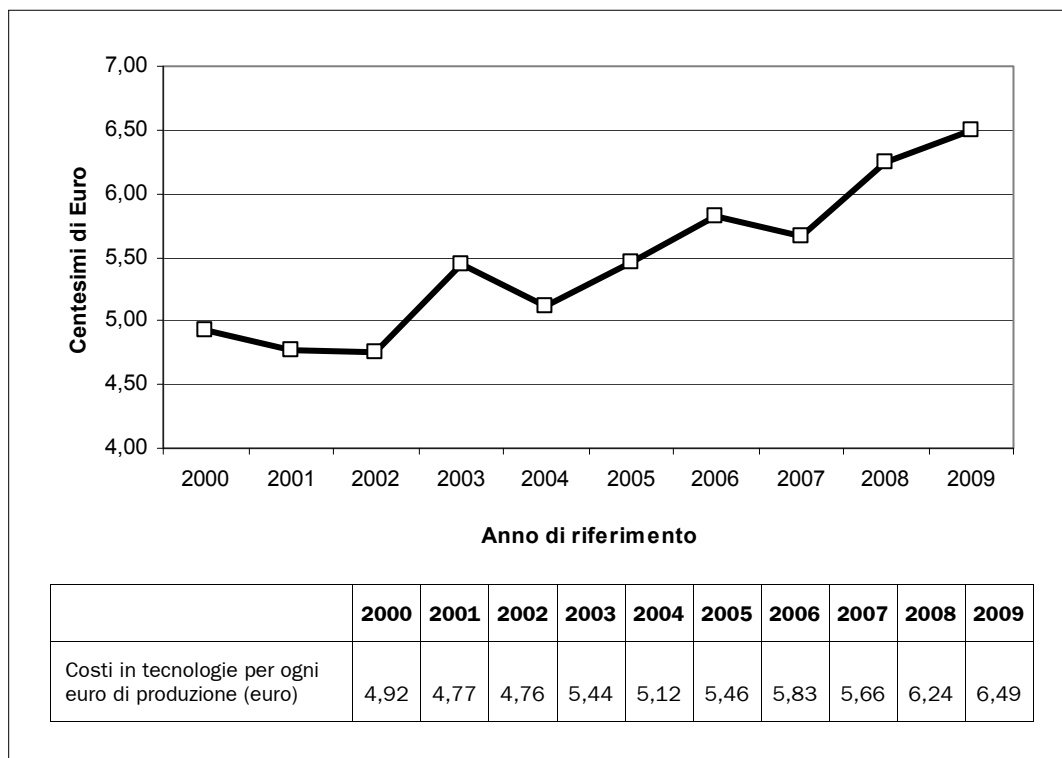
Appare, inoltre, stimolante la ricerca di ulteriori indicatori derivati ottenuti incrociando gli indicatori diretti con altri parametri rappresentativi della realtà aziendale che siano di aiuto a interpretare e a misurare alcuni processi di produzione aziendale (Gaev, 2007).

In proposito, abbiamo messo a punto un indicatore che calcola il costo in apparecchiature sostenuto dall'Azienda per produrre 1 euro di ricavi. Questo indicatore è definito come una frazione che ha a numeratore i costi in apparecchiature ottenuti sommando ai costi di ammortamento complessivo delle apparecchiature anche i costi di manutenzione annui delle stesse, e a denominatore i ricavi prodotti. Si è posta attenzione nel dimensionare le grandezze a numeratore e a denominatore in modo che esse siano fra loro correlate: a denominatore non sono stati conteggiati i ricavi generati dalle prestazioni specialistiche prodotte in Medicina di laboratorio e in Medicina trasfusionale, poiché la quasi totalità del valore delle loro apparecchiature è presente a titolo di «service» e, come detto in precedenza, non è al momento valorizzata. I risultati evidenziati nella **figura 12** mostrano che, mentre nel 2000 nella nostra Azienda si spendevano circa 5 centesimi di euro in apparecchiature per produrre 1 euro di ricavo, nel 2009 sono stati spesi circa 6,5 centesimi di euro, con un aumento in dieci anni di circa il 30%: tale incremento può essere spiegato sia con l'introduzione di apparecchiature più sofisticate e, quindi, più costose, sia con una politica tariffaria più contenuta, utilizzata per la valorizzazione dei ricavi aziendali.

Per la messa a punto del sistema di indicatori presentato, è risultato indispensabile

Figura 12

Costi relativi
alle apparecchiature
per ogni euro di produzione



il censimento iniziale del parco tecnologico aziendale secondo metodi di codifica standardizzata (codifica CIVAB) e la realizzazione di una base dati informatizzata, che ha consentito di conoscere il «punto zero» dei processi da governare. Il mantenimento di una elevata qualità dei dati raccolti nel corso degli anni attraverso una inventariazione accurata delle nuove apparecchiature, una attenta e tempestiva attività di fuori uso delle apparecchiature da dismettere e la implementazione dei dati relativi alla gestione delle attività di manutenzione e di sicurezza hanno consentito di monitorare l'evoluzione nel tempo dei processi e di estrarre informazioni utili per eventuali azioni correttive.

Per uscire dall'ambito strettamente aziendale, la Regione Emilia Romagna, attraverso il Gruppo regionale tecnologie sanitarie, ha costituito da tempo e mantiene aggiornata una base dati delle apparecchiature biomediche installate nella Regione e utilizza indicatori analoghi a quelli proposti in questo lavoro, mettendoli a disposizione degli organi regionali e dei professionisti delle singole aziende.

A livello nazionale, occorre rilevare che, in letteratura, sono occasionalmente disponibili dati per indicatori analoghi a quelli qui presentati. Ma, a conoscenza di chi scrive, tali dati prendono generalmente in esame soltanto poche classi di apparecchiature, anche se fra le più costose (ad es. apparecchiature di radiologia o di radioterapia).

Analogamente al percorso effettuato nell'ambito delle apparecchiature biomediche, sono allo studio a livello aziendale specifici indicatori che consentano di fornire dati oggettivi per un miglior governo del più vasto campo dei dispositivi medici. Il settore dei dispositivi medici è in forte espansione e assorbe una parte rilevante dell'intero *budget* aziendale. Basti pensare che nel 2009 il costo sostenuto dalla nostra Azienda per i dispositivi medici, apparecchiature escluse, è stato di 14 milioni di euro, una cifra appena superiore al costo sostenuto per i farmaci (13,6 milioni di euro), ma quasi doppia rispetto a quella sostenuta per le apparecchiature biomediche (7,6 milioni euro): i costi per i dispositivi medici, apparecchiature escluse, rappresentano circa il 10% del bilancio aziendale al netto dei costi per il personale. Partendo dal-

le informazioni introdotte dalla classificazione a livello nazionale dei dispositivi medici (classificazione CND), l'impiego di specifici indicatori costituirà uno strumento di lavoro molto efficace per la valutazione dell'utilizzo appropriato e per una successiva razionalizzazione dei costi sostenuti nell'intero campo dei dispositivi medici.

L'individuazione di indicatori che siano il più possibile semplici e condivisi anche dalla comunità scientifica nazionale e dalle associazioni di categoria (Cohen *et al.*, 1995; Burdese, 2006; Ortelli, 2009) potrebbe costituire un ulteriore stimolo per le diverse

realità aziendali a un confronto costruttivo, che contribuisca a creare un clima virtuoso orientato alla ricerca del miglioramento, sia della propria realtà locale che di quella regionale e nazionale.

Una costante e ampia pubblicazione degli sforzi, che già vengono effettuati dai diversi professionisti e dagli organismi regionali e nazionali di settore, potrà dar luogo a un approfondito dibattito, contribuendo a definire strumenti sempre più standardizzati che potranno essere utilizzati nella gestione delle apparecchiature biomediche e, più in generale, nella gestione dei dispositivi medici.

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

- ANCELLIN J. (1999), «Maintenance et obsolescence des dispositifs médicaux», *Ann. Fr. Anesth Réanim.*, 18, pp. 258-250.
- BEDANI R. (2002), «Come va il mercato?», *Tecnica Ospedaliera*, pp. 152-159.
- BURDESE G. (2006), «Costi di manutenzione e costi di rinnovo», Atti Workshop ANIE su *Evoluzione dei servizi integrati di gestione delle Tecnologie Biomediche. Aspetti qualificanti del Servizio*, Napoli.
- CAPUANO M. (2010), «Prioritizing equipment for replacement», *Biomedical Instrumentation & Technology*, Mar-Apr, 44(2), pp. 100-109.
- CAROLI G., GARAGNANI M., DE PALMA A. (2008), «Modena, tecnologie nel "SIC"», *Sole 24 Ore - Speciale Sanità*, 23 febbraio - 3 marzo, p. 16.
- COHEN T., BAKUZONIS C., FRIEDMAN S., ROA R.L. (1996), «Benchmark indicators for medical equipment repair and maintenance», *Biomedical Instrumentation & Technology*, Mar-Apr, 30(2), pp. 180-1.
- COHEN T. (1997), «Validating medical equipment repair and maintenance metrics: A progress report», *Biomedical Instrumentation & Technology*, Jan-Feb, 31(1), pp. 23-32.
- COHEN T. (1998), «Validating Medical equipment repair and maintenance metrics, Part II: Results of the 1997 survey», *Biomedical Instrumentation & Technology*, Mar-Apr, 32(2), pp. 136-144.
- DANISH CENTRE FOR EVALUATION AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (DACEHTA) (2005), «Introduction to mini HTA – a management and decision support tool for the hospital service», The National Board of Health, Copenhagen.
- DERRICO P. (2000), «L'organizzazione della manutenzione delle tecnologie biomediche», Atti Convegno su *Sicurezza elettrica negli Ospedali* - Trieste.
- FERRETTI P.P., ARTIOLI M., BOTTAZZI P., SONCINI F., MAZZINI E., TORCASIO F., SANTINI P., DIECI C. (2008), «Verso l'ospedale ecologico», *Tecnica Ospedaliera*, Dec. 37(11), pp. 46-51.
- GAEV J.A. (2007), «Measure for measure: developing benchmarks for clinical engineering activities: a methodology», *Biomedical Instrumentation & Technology*, Jul-Aug, 41(4), pp. 267-277.
- GOFFIN K., PRICE D. (1996), «Service documentation and biomedical engineer: results of a survey», *Biomedical Instrumentation & Technology*, May/June 30(3), pp. 223-235.
- HASELKORN A., ROSENSTEIN A.H., RAO A.K., VAN ZUIDEN M., COYE M.J. (2007), «New technology planning and approval: critical factors for success», *Am J Med Qual.*, 22(3), pp. 164-9.
- HEALTH DEVICES (1997), «Trends in medical equipment service», Jun, 26 (6), pp. 246-253.
- LETTIERI E., MASELLA C., NUCCO U. (2008), «Budgeting and health technology assessment: first evidence obtained from proposal forms used to submit the adoption of new technology», *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 24(4), pp. 502-510.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002a), «Indagine sui servizi di diagnostica per immagini. Apparecchiature diagnostiche, tutte da rottamare?», *Agenzia Sanitaria Italiana ASI*, 35/36, pp. 2-10.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002b), DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO E DEGLI INVESTIMENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI, «Indagine sui servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate», Ufficio di Statistica, Roma.

- MINISTERO DELLA SALUTE (2010), «Piano Oncologico Nazionale 2010/2012», pp. 54 e ss., www.governo.it/.../piano_oncologico_2010_2012.
- NORMA ITALIANA CEI (2002), *Guida alle prove di accettazione ed alle verifiche periodiche di sicurezza e/o di prestazione dei dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione*, Fascicolo 6536, CNR - AEI.
- ORTELLI U. (2009), «Il processo decisionale: i dispositivi medici. La posizione di Assobiomedica». Convegno su *Health Technology Assessment and Horizon Scanning. New drugs and current technologies: innovation, transferability and sustainability*, 30 giugno - 2 luglio 2009, Genova.
- PALMER MARTIN V. (2008), «Going green», *Imaging Economics*, January.

La razionalizzazione del sistema di offerta ospedaliera: Apa e Pac. Il caso dell'Asl Roma B

M.G. RIZZO, F. DEGRASSI, A. D'URSO, P. LONGO, M. PICCINI, G. SPUNTIICCHIA

Hospitals design and implement their strategy to pursue their mission and to realize financial and clinical goals defined from the policy makers. This study aims at explaining the introduction in the Asl Roma B of two new types of innovative care services, namely APAs and PACs. The implementation of APAs and allowed Asl Roma B to better organizational organisational performance. In addition, the introduction of APAs and PACs improved the appropriateness of the hospital admissions and allowed the reduction of the admissions rate.

Keywords: PACs, APAs
Parole chiave: PAC, APA

Note sugli autori

Marco Giovanni Rizzo, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Asl Roma B: Flori Degrassi, Direttore Generale; Antonio D'Urso, Direttore Sanitario; Paola Longo, Direttore Amministrativo, Miriam Piccini, Dirigente Unità Controllo di Gestione; Giorgio Spunticchia, Direttore dei Sistemi Informativi Sanitari

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro congiunto, i §§ 1, 2, 3, 4, 6 e 7 devono essere attribuiti a M.G. Rizzo, il § 5 è frutto della collaborazione tra gli autori

1. Introduzione

In tempi recenti, la crescita dei disavanzi sanitari ha indotto alcune Regioni a ricercare soluzioni tendenti al perseguimento di più elevati livelli di economicità aziendale e superaziendale (Onida, 1965) da raggiungere anche migliorando il livello di appropriatezza delle prestazioni erogate.

Ne sono un esempio le indicazioni contenute nelle delibere emanate dalla Regione Lazio (Dell. G.R. 731/05, 143/06, 922/06, 538/2007 e 149/2007) che le aziende sanitarie pubbliche che insistono sul territorio, in quanto parte del c.d. gruppo sanitario pubblico regionale, sono tenute a seguire (Anessi Pessina, Macinati, 2008; Longo *et al.*, 2003).

Tali provvedimenti individuano una serie di interventi atti alla razionalizzazione del complessivo sistema di offerta di prestazioni ospedaliere mediante il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario o di *day hospital*.

Apa (accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) e Pac (pacchetti ambulatoriali complessi) rappresentano delle soluzioni che, partendo dalla ridefinizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, consentono di promuovere l'appropriatezza, potenziare e riqualificare l'attività ambulatoriale e conseguentemente ridurre l'ospedalizzazione. L'introduzione di APA e PAC rientra, dunque, nella più ampia sfera di azioni volte alla riconfigurazione delle caratteristiche del sistema di prodotto delle aziende sanitarie.

In tale quadro si colloca l'esperienza dell'Asl Roma B che, in ottemperanza alle prescrizioni normative emanate dalla Regio-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Dati e metodi
3. Pac e Apa: le principali caratteristiche
4. L'Asl Roma B: un quadro generale
5. Pac e Apa: l'esperienza dell'Asl Roma B
6. L'Asl Roma B: i dati di attività aziendale
7. Conclusioni

ne Lazio, ha introdotto percorsi di cura alternativi al ricovero ospedaliero (ordinario e *day hospital*) e in particolare: Apa e Pac.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di descrivere l'esperienza dell'Asl Roma B soffermandosi su:

- i) le principali criticità emerse nel processo di implementazione di Apa e Pac;
- ii) la tipologia e i volumi di prestazioni erogate in Apa e Pac;
- iii) gli effetti che le complessive scelte aziendali hanno prodotto sull'evoluzione dei dati di attività dell'azienda;
- iv) l'attività di controllo dell'appropriatezza organizzativa.

A tale scopo, dopo la descrizione delle caratteristiche di Apa e Pac (§ 2), si passa alla definizione di dati e metodi (§ 3) e all'analisi del caso aziendale (§§ 4, 5, 6). Infine si propongono alcune considerazioni conclusive (§ 7).

2. Pac e Apa: le principali caratteristiche

Come già accennato nel paragrafo precedente, tra gli interventi di razionalizzazione del sistema di offerta la normativa individua tra l'altro Pac e Apa.

I Pac vengono erogati in *day service*. La Del. G.R. 731/05 definisce il *day service* come «una modalità assistenziale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in *day hospital*, di pazienti che presentano problemi sanitari complessi». ¹ Esso si configura, dunque, come un nuovo *setting* assistenziale ambulatoriale che permette di affrontare problemi clinici attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate per le quali non è richiesta la permanenza in ospedale con osservazione prolungata del paziente. L'attivazione di un *day service* da parte dell'azienda presuppone la presenza nella struttura di più specialisti, la gestione unitaria del paziente da parte di uno specialista che gestisce il caso clinico (*case manager*), l'esplicitazione a priori dei relativi protocolli diagnostico terapeutici.

Il *day service* si sostanzia nell'erogazione di Pac (Pacchetti ambulatoriali complessi). Il Pac è un insieme di prestazioni multidisciplinari e integrate alla gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico

e/o terapeutico. Il Pac include una visita e un insieme di prestazioni di carattere diagnostico erogate in tempi brevi (al massimo trenta giorni). Nello specifico i Pac comprendono una prestazione principale di tipo medico (non chirurgico) e un insieme di visite ed esami (prestazioni accessorie). Dal punto di vista procedurale, per accedervi è necessario che il Mmg o il medico specialista territoriale o ospedaliero richieda per il paziente una «visita specialistica per Pac»; è il medico specialista a decidere, sulla base degli specifici protocolli diagnostico-terapeutici, se attivare il percorso assistenziale in *day service* Pac, utilizzando sempre il ricettario regionale (Allegritti, 2007). Il Pac è erogato concentrando gli appuntamenti in maniera da prevedere per il paziente il minor numero di accessi necessario all'effettuazione delle prestazioni che lo compongono. Il tempo massimo che può intercorrere tra l'apertura del Pac e la consegna della relazione clinica riassuntiva finale non può essere superiore a un mese, se non altrimenti specificato nella definizione del singolo Pac.

Accanto al *day service*, le aziende sanitarie possono erogare degli Apa (Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali complesse). Gli Apa sono un insieme di prestazioni effettuate in regime ambulatoriale che, precedentemente, venivano erogate in regime di ricovero ordinario. Gli Apa sono composti da una prestazione principale, generalmente chirurgica, e da un insieme di prestazioni accessorie (visite ed esami).

3. Dati e metodi

L'esperienza dell'Asl Roma B è stata indagata grazie al contributo diretto dei coautori (Direttore generale, sanitario, amministrativo, del Responsabile del Controllo di gestione e del Direttore dei Sistemi informativi sanitari - Sis), nonché attraverso l'analisi documentale.

Le informazioni necessarie per lo studio sono state direttamente fornite dall'azienda. In particolare, le principali fonti dei dati sono:

- *database* Sistemi informativi sanitari;
- *database* Unità di Pianificazione, programmazione e controllo;
- Piano strategico Asl Roma B 2007-09.

4. L'Asl Roma B: un quadro generale

L'Asl Roma B, collocata nella zona sud est del Comune di Roma e articolata in quattro distretti, è la prima Asl romana per numero di residenti e la terza per estensione territoriale.

L'Asl gestisce direttamente due presidi: l'Ospedale Sandro Pertini e il Policlinico Casilino, che erogano prestazioni per acuti in regime di degenza ordinaria, di *day hospital* e *day surgery* e prestazioni ambulatoriali specialistiche delle branche mediche e chirurgiche.

Presso l'Ospedale Pertini risultano attivi 429 posti-letto, di cui 363 per il ricovero ordinario e 66 per il *day hospital* (fonte N-Sis), mentre presso il Policlinico Casilino risultano attivi 227 posti-letto, di cui 204 per il ricovero ordinario e 23 per il *day hospital*. Nei presidi dell'Asl, con riferimento all'attività di degenza ordinaria, le specialità presenti sono venticinque;² per il *day hospital* le specialità presenti sono diciotto.³

Come già accennato, nel corso del 2007 la Asl Roma B, in ottemperanza alle prescrizioni normative regionali⁴ e coerentemente agli obiettivi istituzionali, ha attivato presso l'ospedale S. Pertini e il Policlinico Casilino Apa e Pac.

L'azienda ha inoltre intrapreso ulteriori iniziative di razionalizzazione dell'intero sistema di offerta di prestazioni che, congiuntamente ad Apa e Pac, hanno influenzato l'evoluzione di alcuni dati di attività aziendale. Queste iniziative si sono concretizzate nella riorganizzazione e introduzione di nuove attività produttive. In particolare, presso il Policlinico Casilino si è assistito allo sviluppo di una nuova diagnostica per immagini «leggera» all'attivazione del servizio di pre-ospedalizzazione,⁵ e all'attivazione dei nuovi poliambulatori. Presso il presidio ospedaliero Sandro Pertini sono stati previsti degli interventi più incisivi, tesi alla riorganizzazione per aree omogenee di specialità (area medica, chirurgica, pronto soccorso ecc.) in modo da superare la logica della diretta assegnazione dei posti-letto alle unità operative. È stata potenziata la pre-ospedalizzazione chirurgica e medica con conseguente individuazione di due diverse modalità di ricovero: classe Long, (nei casi che necessitano di degenza superiore ai cinque giorni) e classe

Week (nei casi di degenza inferiore ai cinque giorni, che viene chiusa il venerdì). L'attivazione dei percorsi assistenziali senologici, l'introduzione del modello di *case manager*, in cui il paziente viene seguito da un medico nel percorso di cura al fine di orientare l'utente verso regimi di ricovero e prestazioni appropriati, completano il quadro delle iniziative intraprese a questo riguardo.

5. Apa e Pac: l'esperienza dell'Asl Roma B

Di seguito vengono esposti: i) le principali criticità emerse nel processo di implementazione di Apa e Pac (§ 5.1) ii) la tipologia e volumi di prestazioni erogate in Apa e Pac (§ 5.2).

5.1. L'introduzione di Apa e Pac: le principali criticità emerse

Il processo di implementazione di Apa e Pac ha interessato il management aziendale, i medici e, in parte, i coordinatori infermieri. Il coinvolgimento dei medici e degli infermieri è stato un passo fondamentale per conferire una efficiente organizzazione ai nuovi percorsi assistenziali, stante la necessità di strutturare e coordinare le tutte le attività cliniche relative al caso erogato in Apa o Pac, tenendo conto di tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura, in modo da rispettare i tempi massimi di esecuzione delle prestazioni (un mese per il Pac e giornaliero per Apa). A tale scopo sono stati organizzati degli incontri tra la direzione strategica, i Direttori sanitari dei due ospedali e i Direttori di dipartimento dei presidi ospedalieri, finalizzati a definire le azioni di carattere operativo per dare completa attuazione a Apa e Pac. In questi incontri si è discusso sulle modalità e i tempi di attuazione di Apa e Pac, in considerazione delle competenze specialistiche presenti nelle strutture sanitarie e della numerosità dei casi presumibilmente afferenti. I Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta non sono stati coinvolti direttamente in tali incontri, ma sono stati informati dell'attivazione di Apa e Pac mediante comunicazione inviata loro da parte dei Direttori di distretto.

Negli incontri organizzati dalla Direzione generale con medici e coordinatori infermie-

ristici sono emersi i punti di vista dei professionisti sanitari e le criticità da questi percepite rispetto all'implementazione degli Apa e Pac.

Le criticità rilevate sono sintetizzate di seguito, insieme alle azioni intraprese dal management per superarle. In linea generale esse fanno riferimento da un lato, alla resistenza al cambiamento degli operatori sanitari e dall'altro, alla disponibilità di strutture e spazi atti a ospitare l'erogazione di Apa e Pac.

Per quanto riguarda il primo punto, le principali resistenze al cambiamento sono state dimostrate dal personale medico. La resistenza culturale delle classe medica è riferita al timore che, trasferire in ambulatorio alcune prestazioni che precedentemente richiedevano una permanenza in ospedale comportasse l'assunzione di maggiori responsabilità e maggiori rischi nel momento della dimissione. Gli ostacoli di carattere culturale sono stati gradualmente superati attraverso un'intensa comunicazione, mediante la pianificazione di incontri formativi rivolti sia ai medici interni, che ai coordinatori infermieristici, durante i quali sono state fornite tutte le delucidazioni circa le implicazioni organizzative e assistenziali derivanti dall'introduzione degli Apa e dei Pac. Sono state definite linee guida e percorsi assistenziali di carattere operativo per dare un adeguato supporto alla pratica clinica. Nello specifico sono stati definiti dei protocolli relativi alla gestione dei pazienti nella fase di prima visita, in quella diagnostica terapeutica, durante la permanenza in ambulatorio e nella successiva fase di *follow-up*. Queste azioni hanno fatto maturare una maggiore consapevolezza e fiducia della classe medica verso i nuovi *setting* assistenziali, promuovendo altresì comportamenti assistenziali basati sull'evidenza clinica.

Le nuove modalità di riorganizzazione del lavoro, necessarie per dare completa attuazione a Apa e Pac, hanno interessato anche la classe infermieristica, la quale ha manifestato resistenze al cambiamento. Anche in questo caso, gli incontri formativi e il coinvolgimento dei professionisti nella definizione delle nuove modalità di svolgimento del lavoro hanno permesso il superamento degli ostacoli e una maggiore integrazione e collaborazione tra gli attori

coinvolti nel processo di erogazione delle nuove prestazioni.

Per quanto riguarda il secondo punto, in entrambi i presidi ospedalieri è stato attuato un piano di riordino degli spazi aziendali, al fine di raggiungere una maggiore integrazione dipartimentale e interdipartimentale e un più razionale impiego delle risorse. In particolare, presso il presidio Sandro Pertini sono state riunite in altrettanti edifici tutte le attività di degenza ordinaria, di ricoveri di un giorno e attività Apa e le attività ambulatoriali.

Nonostante le criticità rilevate, le azioni operative sono state esplicitate dal management in fase di assegnazione degli obiettivi di *budget*, attribuendo al raggiungimento di essi un peso collegato alla erogazione della retribuzione di risultato.

L'attivazione di Apa e Pac ha portato, inoltre, al consolidamento del processo di integrazione tra assistenza primaria e livelli successivi di assistenza (specialistica e ospedaliera) poiché presuppone la collaborazione fra medici distrettuali e ospedalieri. A tal fine, infatti, sono stati promossi dei corsi di formazione specifici sull'appropriatezza rivolti a Mmg, Pls e specialisti ambulatoriali.

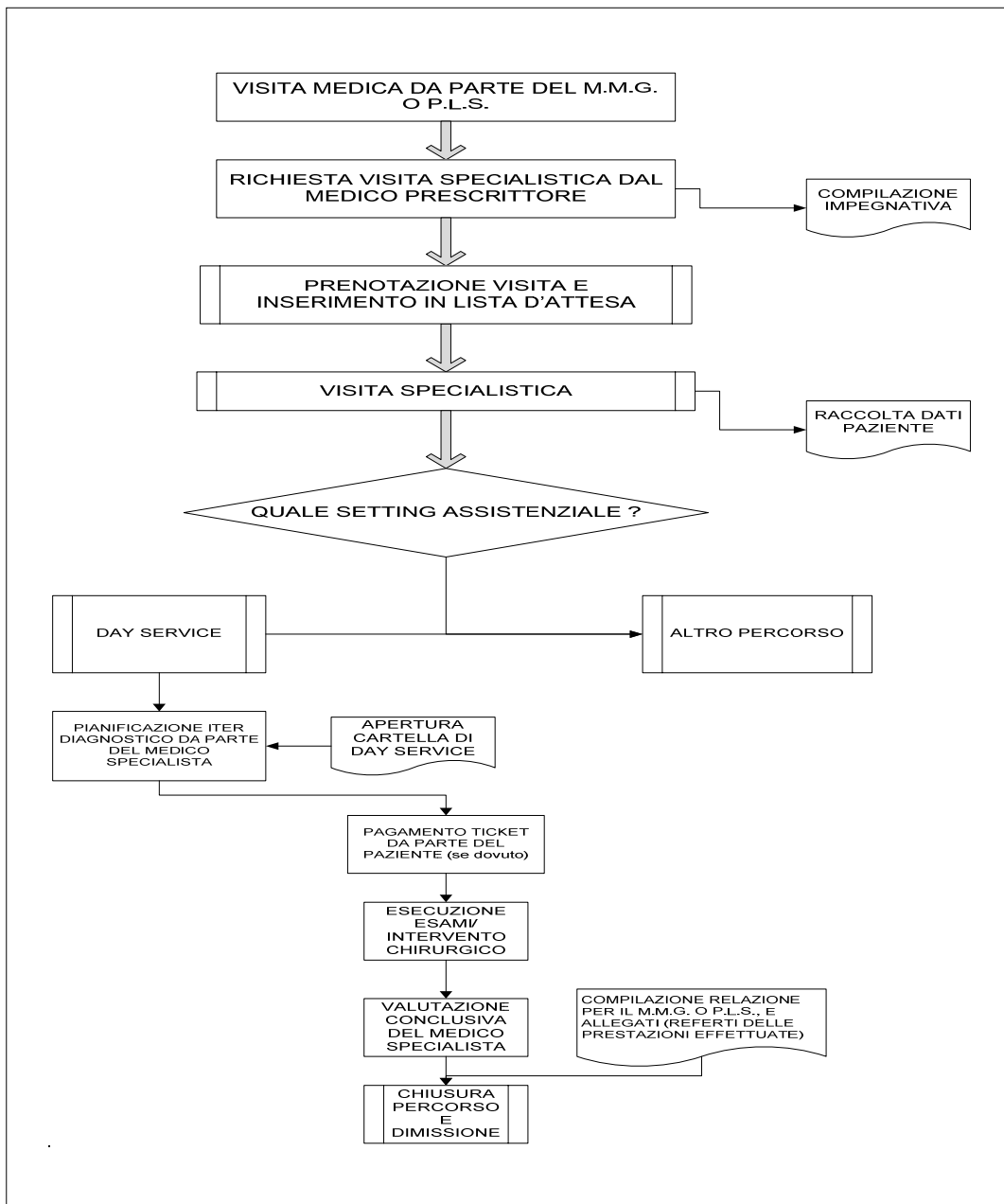
Per dare completa attuazione ad Apa e Pac sono stati formalizzati dei percorsi diagnostico terapeutici predefiniti in relazione a ogni singola patologia erogata mediante nuovi *setting*. Tali percorsi sono costituiti da gruppi di prestazioni incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale che devono essere erogate in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie all'interno del «percorso» ambulatoriale. Per ogni percorso sono stati esplicitati:

i) i criteri clinici per l'ammissione del paziente ai trattamenti;

ii) il pacchetto di prestazioni ambulatoriali, relative alla patologia, da erogare in Pac e in Apa con riferimento alle prescrizioni normative e alle linee-guida;

iii) il flusso delle attività e le procedure operative necessarie per l'erogazione dell'Apa o Pac La **figura 1** descrive l'*iter* del paziente che deve ricevere assistenza attraverso *day service* medico o chirurgico. Dopo un primo consulto col Mmg o il Pls, e successivamente a una prima classificazione del suo bisogno, il paziente viene indirizzato a

Figura 1
L'iter del paziente



effettuare la visita specialistica in un ambulatorio polispecialistico o in un presidio. A seconda dell'esito della visita specialistica, il paziente riceve le cure di cui necessita sotto la supervisione del medico che è responsabile della presa in carico e del coordinamento delle attività assistenziali. Il percorso si chiude con una relazione per il Mmg o il Pls, che contiene una valutazione finale del medico specialista e i referti delle indagini strumen-

tali e di laboratorio, alle quali il paziente è stato sottoposto;

iv) i responsabili dei percorsi, *case manager*⁶ (coordinatori infermieristici), dediti alla presa in carico dei pazienti, al coordinamento delle varie prestazioni specialistiche e garanti di un processo di revisione continua;

v) la predisposizione di una documentazione specifica corrispondente a ciò che

rappresenta la cartella clinica per il ricovero ospedaliero;

vi) le procedure correlate alle rilevazioni statistiche e a quelle amministrative. Ad esempio, i Pac devono essere erogati concentrando gli appuntamenti in maniera da prevedere per il paziente il minor numero di accessi per effettuare tutte le prestazioni che lo compongono; in considerazione di ciò l'agenda di prenotazione interna deve garantire un buon collegamento e tra servizi diagnostici e ambulatori specialistici che erogano i pacchetti;

vii) le tariffe. Per i Pac è la somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate (Del. G.R. Lazio 538/2007). Gli Apa sono stati inseriti nel Nomenclatore Tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale, dove è definita la relativa valorizzazione in termini monetari. Lo spostamento di attività chirurgiche dal regime di ricovero al contesto ambulatoriale propone, per esse, il tema della compartecipazione del cittadino alla spesa. Tale compartecipazione ha dei risvolti positivi sul valore della produzione, contrariamente a quanto avverrebbe se la prestazione fosse eseguita in regime di ricovero.

Il coordinamento delle azioni alla base del percorso di cura in Apa e Pac è stato supportato anche da sistema informatico aziendale,

il quale è stato adattato alle esigenze dei nuovi pacchetti assistenziali.

5.2. L'introduzione di Apa e Pac: tipologia e volumi di prestazioni erogate

Con riferimento ai Pac, nel 2008 ne risultavano attivi diciannove⁷ presso il Presidio ospedaliero S. Pertini e cinque presso il Policlinico Casilino.⁸

Come si appare dalla **tabella 1**, il numero di Pac erogati tra il 2007 e il 2008 è aumentato sensibilmente in entrambi i presidi ospedalieri aziendali, con un incremento complessivo di 642 Pac erogati nella Asl.

Per quanto riguarda gli Apa, in ciascuno dei presidi ospedalieri ne sono attivi sei.⁹

Dalla **tabella 2** si rileva un aumento delle prestazioni Apa rispettivamente del 39% presso l'Ospedale Pertini e del 32% al Policlinico Casilino tra il 2007 e il 2008.

Tra le prestazioni erogate in Apa, l'intervento per cataratta e quello per liberazione del tunnel carpale sono state le prime a essere attivate. I dati riportati nelle **tabelle 3 e 4** evidenziano la distribuzione percentuale per il 2005-2008 degli interventi di cataratta e liberazione del tunnel carpale tra ricovero ordinario, *day hospital* e Apa.

Da ciò risulta che, complessivamente, dal 2006 il numero di interventi effettuati in questo *setting* è cresciuto considerevolmente rispetto agli stessi effettuati in *day hospital* e

Tabella 1

Pac erogati dai presidi ospedalieri dell'Asl Roma B. Anni 2007 e 2008

Ospedale Sandro Pertini		Policlinico Casilino		Totale presidi Asl Roma B	
N. PAC		N. PAC		N. PAC	
2007	2008	2007	2008	2007	2008
32	476	56	254	88	730

Tabella 2

Apa erogati dai presidi ospedalieri dell'Asl Roma B. Anni 2007 e 2008

Ospedale Sandro Pertini		Policlinico Casilino		Totale presidi Asl Roma B	
N. APA		N. APA		N. APA	
2007	2008	2007	2008	2007	2008
720	1000	3309	4371	4029	5371

	Intervento di Cataratta					
	Ospedale Sandro Pertini			Policlinico Casilino		
	APA	DH	RO	APA	DH	RO
2005	–	89,3	10,7	–	89,5	10,5
2006	9,3	84,3	6,4	67,7	28,4	3,9
2007	90,8	5,7	3,4	90,0	3,6	6,4
2008	95,6	0,6	3,8	93,7	1,5	4,8

Tabella 3
Distribuzione percentuale degli interventi di cataratta tra ricovero ordinario, *day hospital* e Apa, 2005-2008

	Liberazione Tunnel Carpale					
	Ospedale Sandro Pertini			Policlinico Casilino		
	APA	DH	RO	APA	DH	RO
2005	–	99,5	0,5	–	98,6	1,4
2006	–	100	–	72,5	25,3	2,2
2007	28,8	71,2	–	98,2	0,8	1,0
2008	93,8	5,5	0,7	97,5	1,4	1,1

Tabella 4
Distribuzione percentuale degli interventi per liberazione del tunnel carpale cataratta tra ricovero ordinario, *day hospital* e Apa, 2005-2008

ricovero ordinario. L'incremento è stato particolarmente significativo a partire dal 2007. Infatti, lo stesso legislatore aveva prescritto il passaggio graduale dal regime di ricovero ordinario o di *day hospital* ai nuovi *setting* assistenziali disponendo un periodo di tre mesi per la completa disattivazione dei posti-letto ordinari e di *day hospital* previsti per la cataratta e liberazione del tunnel carpale. Contestualmente a ciò, la normativa ha previsto che il ricovero ospedaliero fosse da riservarsi ai soli casi per i quali il trattamento ambulatoriale non offriva sufficienti garanzie di sicurezza per il paziente.

Per quanto riguarda l'intervento di liberazione del tunnel carpale, presso l'Ospedale Pertini si rileva un incremento cospicuo degli interventi effettuati in Apa (dal 28,8% dell'anno 2007 al 93,8% dell'anno 2008), con una variazione numerica che va da 42 Apa nel 2007 a 137 nel 2008. Risulta rilevante che per la cataratta il numero di casi trattati in Apa sia pari al 95% circa.

Presso il Policlinico Casilino si è registrata una lieve flessione nel numero di APA erogati (dal 98,2% dell'anno 2007 al 97,5% dell'anno 2008), ma risulta significativo che entrambi i tipi di intervento siano effettuati

nella maggior parte dei casi (94% cataratta e 97% tunnel carpale) in Apa.

6. L'Asl Roma B: i dati di attività aziendale

Di seguito vengono esposti con riferimento all'insieme di attività intraprese dall'azienda: i) l'evoluzione temporale dei volumi di prestazioni erogate, la composizione per tipologia e complessità dei ricoveri (§ 6.1) ii) le azioni intraprese per il controllo dell'appropriatezza organizzativa (§ 6.2).

6.1. L'Asl Roma B i dati di attività aziendale: volumi, composizione, complessità e tipologia di prestazioni erogate

I dati e gli indicatori di attività per il 2007 e 2008 (tabelle 5 e 6) forniscono indicazioni riguardo agli effetti che le azioni generali relative alla razionalizzazione del sistema di offerta delle prestazioni sanitarie nel loro complesso nonché delle scelte strategiche di carattere generale, hanno avuto sui volumi, la tipologia e la complessità dei ricoveri (ricovero ordinario e *day hospital*) nei due presidi ospedalieri. Parte di questi risultati

può essere ricondotta anche all'introduzione di Apa e Pac che, insieme alle altre iniziative perseguite, sono volti al trasferimento dell'attività relativa ai casi di cura inappropriati verso regimi che consentano una maggiore efficienza nell'uso delle risorse (quindi dal ricovero ordinario verso il *day hospital* e da questo verso l'ambulatorio).

Per analizzare l'evoluzione e la complessità dei casi occorsi sono stati definiti dei gruppi di prestazioni del medesimo livello di complessità. I livelli di complessità sono 4 e vengono contraddistinti con le lettere dalla A (alta complessità) fino alla D (bassa complessità - elevato rischio inappropriata esclusi dai Lea).

Con riferimento all'attività di ricovero ordinario, tra il 2007 e il 2008 (tabella 5) presso il presidio ospedaliero Sandro Pertini è proseguita l'attività di implementazione dei nuovi *setting* di ricovero per intensità di cura, per durata di ricovero (*week and long*) e di centralizzazione del *day hospital* e *day surgery*. Gli interventi hanno riguardato anche gli aspetti strutturali con diminuzione temporanea dei posti-letto attivi e, conse-

guentemente, del volume di attività con riduzione del numero di dimessi pari al 6% circa. Queste iniziative hanno determinato una variazione della degenza media che è passata da 8,1 a 7,4. Particolare attenzione merita il numero di casi con Drg di tipo D (bassa complessità/elevato rischio di inappropriata/esclusi dai Lea), che risultano diminuiti considerevolmente, ovvero del - 10,80% per il ricovero ordinario e del 52,1% per il *day hospital*.

Dai dati di attività del Policlinico Casilino (tabella 6) emerge, invece, che le attività sia di ricovero ordinario, sia di *day hospital* hanno registrato un maggior numero di casi trattati con Drg medico e chirurgico, mentre si è ridotto il numero di casi di Drg di tipo D solo per quanto riguarda il ricovero ordinario. Dall'analisi sono emerse una diversa composizione del *mix* di ricoveri e, in secondo luogo, la variazione dei casi trattati nei diversi *setting* assistenziali per tipologia di Drg.

I casi identificati con Drg tipo D risultano essere collegati alle prestazioni con ricovero inappropriato. La diminuzione dei casi associati ai Drg di classe D (alto rischio

Tabella 5

Dati attività Ospedale Sandro Pertini

	Ospedale Sandro Pertini		
	Ricovero ordinario		
	2008	2007	Var. %
Deg. media	7,4	8,1	
N. Drg Chirurgici	5.490	5.844	- 6,06%
N. Drg Medici	9.806	10.442	- 6,09%
N. Drg tipo A	2.652	2.852	- 10,20%
N. Drg tipo B	5.596	5.768	- 3,00%
N. Drg tipo C	5.095	5.377	- 5,20%
N. Drg tipo D	1.953	2.189	- 10,80%
	Day Hospital		
	2008	2007	Var. %
N. Drg Chirurgici	1.530	1936	- 21,00%
N. Drg Medici	1.680	3191	- 47,40%
N. Drg tipo A	217	234	- 7,30%
N. Drg tipo B	366	893	- 59,00%
N. Drg tipo C	1.999	2690	- 25,70%
N. Drg tipo D	628	1310	- 52,10%

Tabella 6
Dati attività Policlinico
Casilino

	Policlinico Casilino		
	Ricovero ordinario		
	2008	2007	Var. %
Deg. media	5,7	5,7	
N. Drg Chirurgici	6.872	6.665	3,10%
N. Drg Medici	6.794	6.744	0,70%
N. Drg tipo A	4.887	4.211	16,10%
N. Drg tipo B	4.544	4.299	5,70%
N. Drg tipo C	3.244	3.774	- 14,40%
N. Drg tipo D	991	1.125	- 11,90%
	Day Hospital		
	2008	2007	Var. %
N. Drg Chirurgici	3.578	3.320	7,80%
N. Drg Medici	1.616	1.593	1,40%
N. Drg tipo D	1.901	1.802	5,50%
N. Drg tipo A	33	50	- 30,40%
N. Drg tipo B	833	667	24,90%
N. Drg tipo C	2.427	2.394	1,40%

inappropriatezza) potrebbe essere ascrivibile ai potenziali benefici derivanti dall'insieme delle azioni intraprese dall'azienda per la ridefinizione dell'offerta di prestazioni. Tuttavia, non è da escludere, d'altro canto, che l'evoluzione dei dati potrebbe essere dipesa anche da altri fattori non considerati nell'analisi.

Nella **tabella 7** sono riportate le prestazioni specialistiche ambulatoriali consumate dai residenti nella Asl Roma B dal 2004 al 2008.

Il consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali è progressivamente aumentato dal 2004 al 2006. Dall'anno 2007 si riscontra una riduzione delle prestazioni totali di specialistica ambulatoriale fruita dai residenti dell'Asl Roma B rispetto agli anni precedenti e, in particolare, nell'anno 2008 esse sono diminuite di circa l'1% rispetto al 2007 (- 68.000 prestazioni).

Tale riduzione ha interessato principalmente la disciplina di Medicina fisica e riabilitazione, per effetto dell'esclusione dai Livelli essenziali di assistenza di alcune prestazioni (Del. G.R. 96/2007).

La voce «Altro» comprende tutte le discipline specialistiche a esclusione di Laboratorio analisi, Radiologia e Medicina fisica. Il numero di prestazioni fruita dai residenti dell'Asl Roma B ha presentato un *trend* crescente dal 2004 al 2007 e, in particolare, si è rilevato un aumento del 14% circa tra il 2005 ed il 2006 ed un aumento del 6% circa tra il 2006 ed il 2007. Nel 2008 il numero di prestazioni della disciplina «Altro» è diminuito di circa il 7% rispetto all'anno 2007.

La valorizzazione netta delle prestazioni ha presentato un *trend* crescente negli anni considerati e in particolare è aumentata del 2% circa tra il 2007 e il 2008.

Il consumo pro-capite pesato si è mantenuto sostanzialmente costante negli ultimi due anni considerati (16,6 prestazioni per abitante nel 2007, 16,5 prestazioni per abitante nel 2008), anche se la spesa pro-capite pesata ha avuto un incremento costante negli anni considerati (32% dal 2003 al 2008), evidenziando il ricorso a prestazioni di maggiore complessità.

L'aumento della valorizzazione delle prestazioni potrebbe essere dipeso dal fatto che

		2004	2005	2006	2007	2008
a)	Prestazioni totali	12.491.175,00	13.020.600,00	13.189.067,00	11.518.601,00	11.451.096,00
	Laboratorio di analisi	7.137.693,00	7.428.063,00	7.797.020,00	7.243.367,00	7.666.290,00
	Radiologia	540.120,00	555.400,00	540.398,00	551.709,00	513.712,00
	Medicina fisica	3.253.247,00	3.355.976,00	2.929.700,00	1.679.580,00	1.374.569,00
	Altro	1.560.115,00	1.681.161,00	1.921.949,00	2.043.945,00	1.869.525,00
b)	Valorizzazione netta	92.136.340,48	98.393.362,98	106.634.847,38	111.688.974,13	113.839.058,00
c)	Prestazioni pro-capite	18,50	19,00	19,40	16,60	16,60
d)	Spesa pro-capite pesata	136,10	143,80	156,90	160,60	163,70

Tabella 7

Prestazioni specialistiche ambulatoriali consumate dai residenti Asl Roma B. Anni 2004-2007

nel 2007 sono stati introdotti nei due presidi gli Apa e Pac. A supporto di tale ipotesi si fa riferimento ai dati relativi al numero di Apa gestiti nei presidi ed esposti nelle tabelle 1 e 2, che già nel 2007 totalizzavano un numero abbastanza elevato di accessi. Gli Apa e i Pac sono considerati prestazioni specialistiche ambulatoriali perciò seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Sias). Di conseguenza, sono entrati a far parte nel Nomenclatore Tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale. L'introduzione degli Apa e dei Pac probabilmente ha contribuito all'aumento della relativa valorizzazione netta (tabella 7). Una parte importante dell'aumento della valorizzazione netta potrebbe essere spiegata dal fatto che a partire dal 2007, anno di introduzione degli Apa, sono confluite nell'aggregato della specialistica ambulatoriale anche le tariffe associate agli Apa erogati. In passato le prestazioni chirurgiche che compongono l'Apa seguivano un altro flusso informativo (in particolare venivano rilevate nel diverso *setting* assistenziale identificato dal medico: ricovero ordinario o *day hospital*) e, quindi, non influenzavano i dati dell'attività ambulatoriale.

6.2. L'Asl Roma B: l'attività di controllo dell'appropriatezza organizzativa

L'Asl Roma B ha attuato una serie di azioni di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni¹⁰ con l'intento di diminuire i casi di ricovero inappropriato.

In generale, presso entrambe i presidi ospedalieri, sono stati effettuati monitoraggi periodici delle attività di ricovero e sono stati sviluppati percorsi di formazione specifici per la corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera, in modo tale da migliorare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri aziendali.

Presso Policlinico Casilino è stata inoltre realizzata un'attività di controllo analitico dell'appropriatezza e congruità dei ricoveri diurni. Per i *day hospital* medici, nel 2006, il numero degli accessi non riconosciuti era pari a 2.257. Tale valore si è ridotto a 1.359 nel 2007 e a soli 43 nel 2008, evidenziando il *trend* in miglioramento. Anche l'attività di *day surgery* erogata negli anni 2006-2008 è stata valorizzata nella sua totalità, confermando la validità dell'azione di verifica e controllo, ma anche della costante attenzione e sensibilizzazione dei medici verso i temi della qualità della cartella clinica, della corretta codifica e dell'appropriatezza organizzativa.

A seguito di tali azioni sull'appropriatezza, con riferimento all'attività di ricovero (tabella 8) si evince che nel periodo preso in esame (2005-2007) si è registrata una progressiva e costante diminuzione del numero di casi di ricovero ordinari occorsi (-17%) e della relativa valorizzazione (-16,3%).

Questi risultati, anche se non completamente attribuibili all'introduzione di Apa e Pac, hanno senza dubbio risentito delle strategie aziendali volte alla razionalizzazione del sistema di offerta prestazioni sanitarie. Infatti, l'introduzione di nuovi *setting* assi-

Presidio	2005		2006		2007		Stima 2008	
	Casi	Importo	Casi	Importo	Casi	Importo	Casi	Importo
A) Policlinico Casilino	40.304	95.924.946,23	36.055	95.047.899,71	35.661	99.902.197,48	27.609	77.764.893,15
B) Ospedale Pertini	40.839	93.582.551,82	36.400	91.934.265,72	33.127	88.873.653,04	31.477	85.595.396,16
Totali (a + b)	81.143	189.507.498,00	72.455	186.982.165,00	68.788	188.775.851,00	59.086	163.360.289,00
Totale Asl Roma B	170.771	426.558.491,16	151.936	368.240.304,20	141.758	356.833.199,20	131.962	328.353.198,60

stenziali (nella specie Apa e Pac erogati in regime ambulatoriale) potrebbe aver spostato l'attività dal regime di ricovero ordinario a quello ambulatoriale con conseguente diminuzione dei casi con Drg tipo D, cioè quelli a elevato rischio di inappropriata poichè trattati in precedenza in *setting* assistenziali non idonei. Tutto ciò potrebbe aver determinato una riduzione del numero di casi occorsi di ricoveri ordinari (tabella 8) e della degenza media (tabelle 5 e 6).

Con specifico riferimento ai Pac questa attività l'attività di controllo dell'appropriatezza organizzativa si è concretizzata andando a individuare il numero di casi che dall'attività di ricovero sono stati erogati in Pac. Infatti, per i Pac, al contrario di quanto avviene per gli Apa, il legislatore non ha definito i Drg corrispondenti. A tale scopo l'Asl Roma B ha elaborato un sistema sperimentale che, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche, riconduce un Pac all'attività di ricovero identificata con un Drg. Tale associazione è prodotta dall'applicativo «Grouper» che, ad esempio, per l'attività ambulatoriale codificata «Pac ipertensione» associa l'attività di ricovero corrispondente codificata con «Drg 134 Ipertensione». Tale attività ha permesso di attribuire, non solo un Drg a ogni Pac, ma anche di associare la classe di complessità (A, B, C e D) al Drg trasferito in Pac.

Ciò ha portato a individuare il numero di casi erogati in Pac, poichè identificati come non urgenti dal ricovero ordinario o *day hospital* e di valutare la complessità clinica del caso trasferito nel nuovo *setting* assistenziale.

Dall'analisi dei dati del sistema informativo aziendale riferiti all'Ospedale Pertini emerge che, nel 2008, il 45% dei Pac attivati

è stato collegato ai Drg di classe D, il 40% alla classe C e il 15% alla classe B. Nel 2008, su 535 casi con Drg associati ai relativi Pac solo 89 sono stati eseguiti in regime di ricovero ordinario.

Riguardo al Policlinico Casilino, nel 2008, il 50% dei Pac è stato collegato ai Drg di classe D, il 25% alla classe C e il 25% alla classe B. Nel 2008, su 27 ricoveri con Drg associati ai relativi Pac, solo uno è stato eseguito in regime di ricovero ordinario.

In linea generale, dall'analisi dei dati del sistema informativo aziendale, attraverso l'attività di collegamento «Pac a Drg» emerge che nel 2008 il 45% dei casi erogati in Pac appartiene al Drg di classe D (bassa complessità/elevato rischio in appropriatezza/esclusi dai Lea), il 35% alla classe C e il 20% al Drg di classe B.

Con riferimento agli Apa, poichè il legislatore ha definito i corrispondenti Drg associati alle prestazioni da erogare in questo regime assistenziale, l'azienda ha effettuato delle valutazioni sull'appropriatezza organizzativa, avvalendosi dei monitoraggi periodici sui casi di ricovero inappropriato collegati ai Drg di classe D, per i quali sarebbe stato idoneo un *setting* assistenziale ambulatoriale. Dai dati delle tabelle 5 e 6 emerge che sono diminuiti i casi di ricovero inappropriato in regime ordinario in entrambi i presidi (Drg tipo D).

6. Conclusioni

Questo lavoro si è proposto di descrivere l'introduzione di Apa e Pac nei suoi aspetti organizzativi e quantitativi e di discutere alcuni dei risultati conseguiti in considerazione

Tabella 8

Assistenza ospedaliera per residenti nella Asl: numero casi e *trend* di spesa

anche delle altre azioni di carattere generale perseguite dall'Asl Roma B.

Nel processo di implementazione di Apa e Pac il management aziendale ha dovuto affrontare e gestire una serie di criticità di carattere culturale e organizzativo che sono emerse nel processo di implementazione. Nonostante le difficoltà incontrate durante la fase di introduzione di Apa e Pac i nuovi *setting* assistenziali sono stati accettati anche dai professionisti sanitari.

Nel periodo 2007-08 si è assistito a una modifica dei dati di attività complessive e, in particolare, a una diversa composizione del mix di produzione che si è spostato dai ricoveri in regime ordinario e *day hospital* verso quello ambulatoriale. In ambito ambulatoriale un ruolo significativo è stato svolto da Apa e Pac (tabelle 1 e 2). Dall'analisi dei dati è evidente come l'Asl Roma B abbia registrato, dal lato economico un aumento della valorizzazione dell'attività ambulatoriale (tabella 7), mentre sotto il profilo socio sanitario si è parallelamente registrata una diminuzione del numero di ricoveri con Drg tipo D, cioè quelli a elevato rischio di inappropriatazza. Inoltre si osserva una diminuzione numero di casi occorsi (tabella 8) e della degenza media (tabelle 5 e 6).

Tali risultati sebbene riconducibili a una pluralità di fattori, con riferimento all'attività ambulatoriale e al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, possono essere stati significativamente influenzati da Apa e Pac.

In fine, l'insieme delle scelte strategiche intraprese dall'Asl Roma B e conseguentemente i risultati ottenuti, tendono al raggiungimento di alcuni degli obiettivi dichiarati dal legislatore a livello regionale, relativi al contenimento dei casi di ricovero inappropriati e al potenziamento e riqualificazione dell'attività ambulatoriale.

I limiti dell'articolo possono essere ricondotti al mancato utilizzo di ulteriori indicatori di *outcome*, di appropriatezza, epidemiologici e di efficienza operativa, in modo tale da completare l'esposizione dei risultati. Inoltre, se fossero stati disponibili i dati, si sarebbe potuto analizzare in che modo Apa e Pac attraggono utenti residenti in altre Asl, oppure se, a seguito dell'introduzione di Apa e Pac, i residenti nell'area della Asl Roma B che si rivolgevano ad altre strutture adesso si rivolgono presso il loro presidio territorial-

mente competente. Tali limiti rappresentano possibili spunti di approfondimento della ricerca in futuro.

Note

1. Il *setting* del *day service* non è considerato come se fosse un ricovero ospedaliero; infatti, dal punto di vista procedurale, i dati vengono inseriti nel flusso delle attività ambulatoriali.
2. Cardiologia, chirurgia generale, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, medicina generale, nefrologia, neurochirurgia, oculistica, oncologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, psichiatria, recupero e riabilitazione funzionale, unità coronarica, urologia, breve osservazione, gastroenterologia, neonatologia, nido, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale.
3. Angiologia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, ematologia, medicina generale, nefrologia, neurochirurgia, oculistica, oncologia, ortopedia, traumatologia, ostetricia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, recupero e riabilitazione funzionale, urologia.
4. Le prescrizioni normative in oggetto sono relative al raggiungimento congiunto di adeguati livelli di appropriatezza e rispetto dell'equilibrio economico-finanziario (Del. G.R. n. 143 del 22/03/06, n. 241 del 14/07/06 e Piano di rientro regionale del 12/02/07).
5. La pre-ospedalizzazione ha lo specifico compito di gestire e razionalizzare la programmazione delle liste di attesa chirurgiche, separando il percorso delle urgenze da quello in elezione, affinché i pazienti possano essere dirottati verso il percorso di cura più appropriato al fine di ridurre la degenza media.
6. Per la formazione dei *case manager* sono stati organizzati una serie di incontri con gli infermieri, identificati come responsabili dei percorsi, e una rappresentanza del personale medico interessato.
7. Pac attivi al 2008 presso l'ospedale Sandro Pertini: diagnostico per il nodulo tiroideo; diagnostico di ipertensione; diabete neodiagnostico e non complicato; diagnostico per la perdita transitoria di coscienza; diagnostico per l'addensamento polmonare; diagnostico per l'anemia; diagnostico per il dolore toracico; asma bronchiale; gestione scompenso cardiaco; BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica; dei disturbi dell'equilibrio; rivalutazione e *follow up* di neoplasia polmonare; diagnostico per sclerosi multipla; epilessia; sindrome metabolica; obesità; terapeutico per la somministrazione controllata dei farmaci; diagnosi e *follow up* delle aritmie cardiache; *follow up* della cardiopatia ischemica.
8. Pac attivi al 2008 presso il Policlinico Casilino: *follow up* del bambino altamente pre-termine; diabete neodiagnostico e non complicato; diagnostico di ipertensione; diagnostico per il dolore toracico; diagnostico per la perdita transitoria di coscienza.
9. Apa attivi al 2008 presso l'Ospedale Sandro Pertini: liberazione tunnel carpale; intervento di facoemulsificazione e aspirazione di cataratta; asportazione

chirurgica di lesione della cute non coinvolgente le strutture sottostanti per patologie benigne; asportazione chirurgica radicale di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti e/o con importante estensione superficiale per patologie neoplastiche o altre lesioni molto estese; circoncisione terapeutica; flebectomia di vene varicose singola o multipla dell'arto inferiore. Apa attivi al 2008 presso il Policlinico Casilino: liberazione del tunnel carpale; intervento di facoemulsificazione e aspirazione di cataratta; flebectomia di vene varicose singola o multipla dell'arto inferiore; asportazione chirurgica di lesione della cute non coinvolgente le strutture sottostanti per patologie benigne; asportazione chirurgica radicale di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti e/o con importante estensione superficiale per patologie neoplastiche o altre lesioni molto estese; dilatazione e raschiamento dell'utero.

10. Il concetto di appropriatezza, variamente definito in letteratura (Donabedian, 1973; Brook, 1994), in senso ampio esprime il livello di utilità di una prestazione sanitaria in relazione a uno specifico problema di salute. L'appropriatezza assume due connotazioni: una più specifica o «clinica» e una più generica o «organizzativa». Per appropriatezza clinica si intende la capacità di erogare prestazioni efficaci rispetto a un determinato bisogno di salute. L'appropriatezza organizzativa, cui si fa riferimento in questa sede, si riferisce al livello assistenziale nel quale un preciso caso clinico viene affrontato. Nello specifico, il livello assistenziale deve essere adeguato all'intervento sanitario trattato. In considerazione di ciò, la scelta di trattare determinati casi non più in ricovero ordinario bensì in *day hospital/day surgery* o in ambito ambulatoriale dovrebbe portare un aumento sia dell'efficienza nell'uso delle risorse, sia della soddisfazione dell'utente.

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

- ANESSI PESSINA E., MACINATI M.S. (2008), «Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario regionale», in F. Pezzani (a cura di), *Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni: quali sistemi di programmazione, controllo e rendicontazione?*, Egea, Milano, pp. 61-69.
- ALLEGRI A., ZANTEDESCHI E., CONACO D., PAPINI P., FILOCAMO A., LIMONGELLI P., GUASTICCHI A. (2007), «I pacchetti ambulatoriali complessi della regione Lazio: metodologia per l'introduzione», *Care*, 5.
- BROOK R.H. (1994), «Appropriateness: the next frontier», *Br Med J*, 308, pp. 218-9.
- DONABEDIAN A. (1976), «Measuring and evaluating Hospital and Medical Care», *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 52, pp. 51-9.
- LONGO F., CARBONE C., COSMI L. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi 2003*, Egea, Milano, pp. 121-167.
- ONIDA P. (1965), *Economia d'azienda*, Utet, Torino.

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**.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Costantino Cipolla (a cura di)

IL CONTENZIOSO SANITARIO VISTO DAI PAZIENTI. MATERIALI DI STUDIO E DI RICERCA

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 15,00, PP. 160 - ISBN: 9788856824155

Il volume presenta un approfondimento del contenzioso sanitario a seguito di un danno subito, interpretato dal punto di vista dell'utente. Si tratta della prima indagine italiana che raccoglie in modo sistematico la voce dei pazienti impegnati a ottenere un risarcimento non soltanto di un danno ma, probabilmente, ancor più di un «torto», che ritengono di aver subito durante il percorso di cura. La ricerca, di tipo quanti-qualitativo, si è servita di metodi diversi di osservazione per comprendere meglio e da più punti di vista il fenomeno e le dimensioni che lo caratterizzano, con l'uso nella prima fase di un questionario, integrato poi da un focus group e da interviste semi-strutturate a testimoni significativi di strutture ospedaliere e di associazioni di tutela dei diritti dei cittadini.

INDICE PREFAZIONE, DI MARCO MEDINI - PREMESSA, DI COSTANTINO CIPOLLA - INTRODUZIONE, DI ELISA PORCU - 1. IL COMPLESSO CICLO METODOLOGICO DELLA RICERCA, DI MAURA GOBBI, ELISA PORCU, AGNESE ACCORSI - 2. I RAPPORTI CON IL GARANTE DELLA PRIVACY, DI LAURA MANDRIOLI - 3. I DANNI RISARCIBILI NELLA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA, DI VALENTINA FERROZZI - 4. IL CONTENZIOSO INTERPRETATO DALLE ASSOCIAZIONI, DI ELISA PORCU - 5. IL CONTENZIOSO INTERPRETATO DALLE ASSOCIAZIONI, DI AGNESE ACCORSI - 6. L'AZIENDA SANITARIA E IL CONTENZIOSO: UNA PROPOSTA DI LETTURA, DI FRANCESCA GUARINO - 7. CONCLUSIONI PROSPETTICHE, DI COSTANTINO CIPOLLA, MAURA GOBBI - BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO, DI AGNESE ACCORSI

Marco Frey, Marco Meneguzzo, Gloria Fiorani (a cura di)

LA SANITÀ COME VOLANO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

EDIZIONI ETS, PISA, 2010, € 22,00, PP. 437 - ISBN: 9788846726360

In questo volume si presentano i risultati della ricerca condotta tra il 2006 e il 2008 sul tema della sanità come volano dello sviluppo, dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna per conto della Regione Toscana. L'ipotesi di lavoro, sottostante allo studio avviato nel 2006, riguarda la possibilità che la spesa sanitaria si configuri come un investimento capace di generare significative ricadute in termini di sviluppo, alimentando la ricerca, l'occupazione qualificata, la competitività di determinate aree territoriali, la qualificazione dei consumi oltre che della vita. I diversi contributi sono, di conseguenza, riconducibili allo studio delle relazioni tra settore sanitario e settori industriali e di servizi ad esso collegati, nella duplice prospettiva dell'individuazione delle catene del valore e dell'identificazione della spesa sanitaria come moltiplicatore dello sviluppo economico.

INDICE PREFAZIONE. DAL SETTORE SANITARIO ALLA FILIERA DELLA SANITÀ COME VOLANO PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE DEI SISTEMI REGIONALI E LOCALI, DI MARCO FREY E MARCO MENEGUZZO - PARTE PRIMA. IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE OGGI E L'IMPATTO DELLA SPESA SANITARIA - PREMESSA: IL SISTEMA SANITARIO OGGI E L'IMPATTO DELLA SPESA SANITARIA, DI GLORIA FIORANI, MARCO FREY, MARCO MENEGUZZO - 1. GLI ATTORI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE: DALLA CATENA DEL VALORE AL SISTEMA SANITARIO ALLARGATO, DI MARCO MENEGUZZO - 2. TENDENZE IN ATTO: LE RETI NEL SETTORE SANITARIO E IL MODELLO DELLE INTERRELAZIONI, DI DOMENICO FERRARI, GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO - 3. LA

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE: LE FASI PER LA COSTRUZIONE DEL MODELLO INPUT-OUTPUT, DI *GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO, STEFANO ROSIGNOLI* - 4. EFFETTI DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE SULL'ECONOMIA TOSCANA, DI *STEFANO ROSIGNOLI* - PARTE SECONDA. INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) - PREMessa: INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT), DI *LUCA BUCCOLIERO* - 1. LA SPESA IN ICT NELLA SANITÀ ITALIANA, DI *LUCA BUCCOLIERO* - 2. LE TECNOLOGIE ICT NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE TOSCANO, DI *MARCO FREY, GUIDO M. REY, ARIANNA PITZALIS* - 3. PROPOSTA DI APPLICAZIONE DI UN MODELLO DI SYSTEM DYNAMICS AL PROGETTO CRS SISS DELLA REGIONE LOMBARDIA, DI *LUCA BUCCOLIERO, STEFAN KUNZ, MARCO MENEGUZZO* - 4. HEALTH 2.0: INTERNET PER IL PATIENT EMPOWERMENT NELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI *ELENA BELLIO, LUCA BUCCOLIERO, ANNA PRENESTINI* - PARTE TERZA IL SETTORE BIOMEDICALE - PREMessa: IL SETTORE BIOMEDICALE, DI *PONT-TECH* - 1. IL SETTORE BIOMEDICALE IN ITALIA E IN TOSCANA: PRINCIPALI CARATTERISTICHE DIMENSIONALI, DI *ALESSANDRO SALVATORE* - 2. DATI ECONOMICI DEL SETTORE BIOMEDICALE: LA DIMENSIONE DELLE IMPRESE E LE ESPORTAZIONI, DI *ALESSANDRO SALVATORE* - 3. ELEMENTI QUALITATIVI DEL SETTORE BIOMEDICALE IN ITALIA E IN TOSCANA, DI *ALESSANDRO SALVATORE* - 4. I RISULTATI DI UN'INDAGINE QUALITATIVA, DI *GIANPIERO NEGRI* - 5. POTENZIALITÀ DI SVILUPPO DEL SETTORE BIOMEDICALE E INDIRIZZI PROGRAMMATICI, DI *ALESSANDRO SALVATORE* - PARTE QUARTA. GLI ACQUISTI E LE FUNZIONI COLLEGATE - PREMessa: GLI ACQUISTI E LE FUNZIONI COLLEGATE, DI *GLORIA FIORANI* - 1. LA SPESA PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI, DI *GLORIA FIORANI* - 2. TENDENZE IN ATTO: BENCHMARKING ESPERIENZE DI ACCENTRAMENTO NEGLI ACQUISTI, DI *GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO* - 3. ANALISI DI ALCUNE ESPERIENZE DI ACCENTRAMENTO DEGLI ACQUISTI E DELLE FUNZIONI COLLEGATE, DI *GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO* - 4. LA RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI: IL RUOLO DELLA CONSIP, DI *ANDREA APPOLLONI, DOMENICO FERRARI* - 5. L'OUTSOURCING DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DELLA LOGISTICA NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: EVIDENZE DAL CASO INGLESE, DI *EMANUELA DELBUFALO, HEATHER SKIPWORTH* - 6. UN MODELLO SD PER LA VALUTAZIONE DI IMPATTO DELLE ESPERIENZE DI AGGREGAZIONE DELLA DOMANDA, DI *GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO* - PARTE QUINTA. IL BINOMIO UNIVERSITÀ-SANITÀ COME MOTORE DELLO SVILUPPO: POTENZIALITÀ ED ELEMENTI CRITICI - PREMessa: IL BINOMIO UNIVERSITÀ-SANITÀ COME MOTORE DELLO SVILUPPO: POTENZIALITÀ ED ELEMENTI CRITICI, DI *MARIA PIA MARAGHINI, ANGELO RICCABONI* - 1. IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ PER LO SVILUPPO ECONOMICO, SOCIALE ED AMBIENTALE, DI *MARIA PIA MARAGHINI, ANGELO RICCABONI* - 2. SANITÀ E ATENEI INSIEME PER COMPETERE, DI *MARIA PIA MARAGHINI, ANGELO RICCABONI* - PARTE SESTA. SPESA SANITARIA, CRONICITÀ ED EQUITÀ - PREMessa: SPESA SANITARIA, CRONICITÀ ED EQUITÀ, DI *SARA BARSANTI* - 1. SALUTE, EQUITÀ E SVILUPPO ECONOMICO, DI *SARA BARSANTI, SABINA NUTI* - 2. CRONICITÀ E SPESA SANITARIA, DI *SABINA NUTI, SARA BARSANTI* - APPENDICE A: LA METODOLOGIA SYSTEM DYNAMICS (SD), DI *GLORIA FIORANI, STEFAN KUNZ*

Philip Kotler, Joel Shalowitz, Robert J. Stevens, Giuseppe Turchetti

MARKETING PER LA SANITÀ. LOGICHE E STRUMENTI

MCGRAW-HILL, MILANO, 2010, € 47,00, PP. 506 - ISBN: 9788838661419

Il volume vuole dare un contributo al raggiungimento dell'obiettivo di predisporre e illustrare gli strumenti necessari che permettano ai singoli operatori e al sistema salute di impostare in modo nuovo, più aperto e dialogante, il proprio rapporto con gli utenti. Il testo si caratterizza per una grande ricchezza di esempi e casi, attraverso un costante raffronto fra realtà sanitarie diverse, in particolare quella statunitense e quella europea e italiana. Profondamente adattato al nostro contesto sanitario, il volume riporta esperienze che esemplifichino i principali temi di interesse della disciplina del marketing quali l'analisi di mercato, la segmentazione, il posizionamento, l'orientamento strategico.

INDICE PARTE 1. CAPIRE IL SISTEMA SANITARIO E IL RUOLO DEL MARKETING - 1. IL RUOLO DEL MARKETING NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA - 2. DEFINIRE IL SISTEMA SANITARIO E I SUOI TRADE-OFFS - 3. L'INDUSTRIA SANITARIA E L'AMBIENTE DI MARKETING - 4. I FATTORI DETERMINANTI L'UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI - PARTE 2. ANALIZZARE IL MERCATO - 5. LA STRATEGIA E LA PIANIFICAZIONE DI MERCATO - 6. LE SCELTE DI ACQUISTO IN AMBITO SANITARIO - 7. L'UTILIZZO DI SISTEMI INFORMATIVI E LE RICERCHE DI MARKETING - 8. LA SEGMENTAZIONE DEL MERCATO, IL TARGETING, IL POSIZIONAMENTO E LA CONCORRENZA - PARTE 3. APPLICARE IL MARKETING MIX - 9. FORMULARE E GESTIRE LE OFFERTE DI PRODOTTI E SERVIZI - 10. LO SVILUPPO E IL BRANDING DELLE NUOVE OFFERTE - 11. LE STRATEGIE DI DETERMINAZIONE DEL PREZZO E LE DECISIONI IN SANITÀ - 12. PROGETTARE E GESTIRE CANALI DI MARKETING IN SANITÀ - 13. PROGETTARE E GESTIRE COMUNICAZIONI INTEGRATE DI MARKETING - 14. LE COMUNICAZIONI DI PERSONAL MARKETING: IL PASSAPAROLA, LE VENDITE E IL DIRECT MARKETING - PARTE 4. IMPLEMENTARE E CONTROLLARE LE INIZIATIVE DI MARKETING - 15. ORGANIZZARE, IMPLEMENTARE E CONTROLLARE IL MARKETING - GLOSSARIO

Pasquale Marano

RITORNO AL PAZIENTE. UNA SFIDA PER LA FORMAZIONE MEDICA DEL NUOVO MILLENNIO

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 18,00, PP. 208 - ISBN: 9788856824803

Il tradizionale rapporto medico-paziente, cardine e base della medicina olistica del passato, è nell'attuale medicina iperspecialistica e ipertecnologica in crisi profonda, con pazienti, cittadini e società stessa che denunciano ormai correntemente l'aspetto disumanizzante della attuale medicina clinica. Il volume si propone di analizzare criticamente le cause dell'involuzione del tradizionale rapporto paternalistico medico-paziente, correlandole ai profondi cambiamenti culturali, sociali e comunicativi relazionali di questi anni, per individuare una rete dinamica della formazione professionale che permetta di recuperare e rivalorizzare il vecchio tradizionale rapporto, modificandolo culturalmente.

INDICE PREFAZIONE, DI ANDREA LENZI - PRESENTAZIONE, DI GUIDO GALLI - INTRODUZIONE - 1. MEDICINA SPERIMENTALE E MEDICINA CLINICA - 2. I CAMBIAMENTI DELLA MEDICINA CLINICA - 3. I NUOVI PROBLEMI DELLA MEDICINA CLINICA - 4. SCIENZA MEDICA: RICERCA SPERIMENTALE (DI BASE), RICERCA CLINICA, RICERCA&INNOVAZIONE - 5. SALUTE, ECONOMIA, SCIENZE SOCIALI - 6. SANITÀ SOCIALE, SANITÀ-MERCATO - 7. SANITÀ SOCIALE E APPROPRIATEZZA CLINICA - 8. LA MEMORIA DELLE INNOVAZIONI E DELLE MANCATE INNOVAZIONI DIDATTICHE - 9. LA CRESCITA DELLE UNIVERSITÀ - 10. NUOVI CORSI DI LAUREA - 11. GOVERNANCE E SISTEMA UNIVERSITARIO - 12. OLISMO E RIDUZIONISMO - 13. SCIENTIFICAZIONE DELLA TECNICA E... TECNICIZZAZIONE DELLA SCIENZA - 14. SOCIETÀ DELLA CONOSCENZA - 15. COMUNICAZIONE E RELAZIONE NELLA FORMAZIONE E NELLA PROFESSIONE DEL MEDICO - 16. E-LEARNING WEB 2.0 E RICADUTE PEDAGOGICHE - 17. RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: LA REALTÀ ODIERNA - 18. RAPPORTO DOCENTE-STUDENTE: LA REALTÀ ODIERNA - 19. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE: UN'ESEGESI CONCETTUALE - 20. INFORMATICA E PROBLEM SOLVING - 21. MODELLO DI MEDICINA CENTRATA SULLA MALATTIA - 22. ASPETTI CRITICI DELLA MEDICINA CENTRATA SULLA MALATTIA - 23. MODELLO DI MEDICINA CENTRATA SUL PAZIENTE - 24. PEDAGOGIA, ETICA E MORALE NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE... OGGI - 25. L'ELEFANTE E IL ... TOPOLINO

Maurizio Mauri, Roberto Satolli, Maria Rosa Valetto (a cura di)

LA SALUTE IN LOMBARDIA. QUARANT'ANNI DI STORIA VERSO IL FUTURO

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 19,00, PP. 160 - ISBN: 9788856824926

Una lettura super partes del modello sanitario lombardo, frutto di un confronto fra persone di diverso orientamento culturale e politico, accomunate dall'esperienza e dall'impegno in ruoli di responsabilità, che ripercorre la storia della sanità in Lombardia dal 1970, data di inizio della regionalizzazione. Il testo analizza gli elementi essenziali della sanità (la prevenzione, il sistema ospedaliero, la medicina generale, l'emergenza urgenza, la gestione aziendale, l'innovazione e la ricerca) e si arricchisce di alcune interviste a diversi testimoni privilegiati, da Carlo Borsani a Umberto Veronesi, sui problemi aperti e le prospettive future. Le valutazioni, indicazioni e proposte emerse sono sintetizzate in un Manifesto, destinato a chi farà le scelte future sulla salute e dovrà governare sul territorio, sulla società e sulla sanità.

INDICE INTRODUZIONE. PARTE I. UNA STORIA DI 40 ANNI - 1.1. LUCI E OMBRE DELLA PREVENZIONE, DI VITTORIO CARRERI - 1.2. LA ROBUSTA RETE OSPEDALIERA, DI CLAUDIO GARBELLI, LORENZO PETROVICH - 1.3. IDENTITÀ CERCASI PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO, DI ANTONIO FATIGATI, LORENZO PETROVICH - 1.4. EMERGENZA URGENZA DA RECORD, DI LORENZO PETROVICH - 1.5. L'AZIENDA SALUTE C'È: ORA MIGLIORIAMOLA, DI FEDERICO LEGA - 1.6. RICERCA E SVILUPPO: UNA STRAORDINARIA CONCENTRAZIONE, DI MAURIZIO MAURI - PARTE II. TESTIMONI DEL FUTURO - 2.1. LA POLITICA FACCIA UN PASSO INDIETRO, DI REMO ARDUINI - 2.2. MEDICINA DI GRUPPO: DA SPERIMENTAZIONE A REALTÀ, DI ALBERTO ARONICA - 2.3. LA CATENA DELLE RESPONSABILITÀ IN SANITÀ, DI CARLO BORSANI - 2.4. PROMUOVERE LA SALUTE SU SCALA EUROPEA, DI VITTORIO CARRERI - 2.5. UN SOLIDO INTRECCIO DI UOMINI E MEZZI, DI LUCIANO GATTINONI - 2.6. GLI ECCESSI DEL PRODUTTIVISMO: RISCHIO DI BURN OUT?, DI PASQUALE SPINELLI - 2.7. GNOMICA, TECNOLOGIA ED ETICA PER LA SALUTE FUTURA, DI UMBERTO VERONESI - MANIFESTO. UNA SANITÀ PER LA SALUTE - APPENDICE STATISTICA - GLOSSARIO

Gabriele Pelissero, Alberto Mingardi (a cura di)

EPPUR SI MUOVE. COME CAMBIA LA SANITÀ IN EUROPA, TRA PUBBLICO E PRIVATO

IBL LIBRI, TORINO, 2010, € 22,00, PP. 255 - ISBN: 9788864400181

In Europa, con l'invecchiamento della popolazione e le risorse sempre più scarse, la domanda di servizi per la salute è destinata ad aumentare, ma i governi nazionali saranno sempre meno attrezzati per soddisfarla. Gli autori del libro ripercorrono la storia recente del servizio sanitario nazionale nei diversi Paesi europei, per chiedersi in che misura una migliore collaborazione pubblico-privato possa stimolare efficienza ed economicità. Ne risulta un quadro variegato e complesso che rimanda a domande fondamentali. Come garantire un equo accesso ai servizi sanitari? È davvero possibile parlare di «diritto alla salute»? È lo Stato il soggetto più adatto a farsene garante? Come scrive Milton Friedman nel saggio riportato in appendice, la sanità è caratterizzata da tre fattori: il progresso tecnologico, i forti incrementi di spesa, una crescente insoddisfazione per il servizio offerto. Questo libro propone scenari utili, per una sanità più soddisfacente, in grado di contenere gli aumenti di spesa gestendo appieno il potenziale del progresso medico.

INDICE CAPITOLO 1. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UNA REALTÀ IN CONTINUA EVOLUZIONE, DI GABRIELE PELISSERO - CAPITOLO 2. IL SISTEMA SANITARIO FRANCESE SULLA STRADA DELLA BUROCRATIZZAZIONE, DI VALENTIN PETKANTCHIN - CAPITOLO 3. VARIAZIONI STRUTTURALI E CRESCENTE PRIVATIZZAZIONE DEL MERCATO OSPEDALIERO TEDESCO, DI GUNTER NEUBAUER E ANDREAS BEIVERS - CAPITOLO 4. PER UN'EGUAGLIANZA PIÙ LIBERA: IL SISTEMA SANITARIO OLANDESE, DI ALBERTO MINGARDI - CAPITOLO 5. REGOLAMENTAZIONE, CARTELLI, QUALITÀ E SCELTA: UN MIX SVIZZERO INSOSTENIBILE, DI ALPHONSE CRESPO - APPENDICE. COME CURARE IL SISTEMA SANITARIO, DI MILTON FRIEDMAN - APPENDICE. IL MERCATO EUROPEO DEI SERVIZI SANITARI: TREND INNOVATIVI NELLE OFFERTE DEI SOGGETTI PRIVATI, DI GIUSEPPE ROTELLI

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

BEVAN G., HELDERMAN J., WILSFORD D.
Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost
Health economics, policy and law, 2010, 5(3), pp. 251-267

LO SASSO A.T., SHAH M., FROGNER B.K.
Health savings accounts and health care spending
Health Services Research, 2010, 45(4), pp. 1041-60

NORÉN L.
The private interests of consumers in the healthcare market
International Journal of Public Sector Management, 2010, 23(4), pp. 364-371

DANVERS K., NIKOLOV P.
Does outsourcing affect hospital profitability?
Journal of Health Care Finance, 2010, 37(1), pp. 13-29

GOLDSMITH J.
Analyzing shifts in economic risks to providers in proposed payment and delivery system reforms
Health Affairs, 2010, 29(7), pp. 1299-1304

GLINOS I.A., BAETEN R., MAARSE H.
Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries
Health Policy, 2010, 95(2-3), pp. 103-112

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

POZEN A., CUTLER D.M.
Medical spending differences in the United States and Canada: the role of prices, procedures, and administrative expenses
Inquiry, 2010, 47(2), pp. 124-134

MELLO M.M., CHANDRA A., GAWANDE A.A., STUDDERT S.M.
National costs of the medical liability system
Health Affairs, 2010, 29(9), pp. 1569-1577

TINGHÖG G., CARLSSON P., LYTTEKENS C.H.
Individual responsibility for what? A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system
Health economics, policy and law, 2010, 5(2), pp. 201-233

GHIRLANDA G.
Il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere tramite tariffa predeterminata in Italia e Francia. Un'esperienza europea di policy-transfer (I parte)
Sanità Pubblica e Provata, 2010, 4, pp. 14-35

ECONOMIA DEL FARMACO

GARATTINI L., KOLEVA D., CASADEI G.
Modeling in pharmacoeconomic studies: funding sources and outcomes
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(3), pp. 330-333

MARTIKAINEN J.E., SAASTAMOINEN L.K., KORHONEN M.J. ENLUND H., HELIN-SALMIVAARA A.
Impact of restricted reimbursement on the use of statins in Finland: a register-based study
Medical Care, 2010, 48(9), pp. 761-6

KNIES S., SEVERENS J.L., AMENT A.J., EVERS S.M.
The transferability of valuing lost productivity across jurisdictions. Differences between national pharmacoeconomic guidelines
Value Health, 2010, 13(5), pp. 519-27

LUCIONI C., MAZZI S., POLCARO F.
Il Risk Sharing come applicazione del Value Based Pricing
Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2010, 12(2), pp. 71-80

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

KUTZIN J., JAKAB M., CASHIN C.
Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union
Health economics, policy and law, 2010, 5(2), pp. 135-147

MINDELL J., BIDDULPH J., TAYLOR L., LOCK K., BOAZ A., JOFFE M., CURTIS S.
Improving the use of evidence in health impact assessment
Bulletin of the World Health Organization, 2010, 88(7), pp. 543-550

OR Z., CASES C., LISAC M., VRANBÆK K., WINBLAD U., BEVAN G.
Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems
Health economics, policy and law, 2010, 5(3), pp. 269-293

GARRIDO-CUMBRERA M., BORRELL C., PALÈNCIA L., ESPELT A., RODRÍGUEZ-SANZ M., PASARÍN M.I., KUNST A
Social class inequalities in the utilization of health care and preventive services in Spain, a country with a national health system
 International Journal of Health Services, 2010, 40(3), pp. 525-42

DE ANGELIS P.
I rapporti tra sanità e università
 Sanità pubblica e private, 2010, 3, pp. 18-43

ARYANKHESAL A., SHELDON T.
Effect of the Iranian hospital grading system on patients' and general practitioners' behaviour: an examination of awareness, belief and choice
 Health Services Management Research, 2010, 23(3), pp. 139-44

TOTH F.
Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms
 Health Policy, 2010, 95(1), pp. 82-89

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

YEN-JU L., YUNG-KAI L., CHENG-CHIEH L.
Partnership effectiveness in primary community care networks: a national empirical analysis of partners' coordination infrastructure designs
 Health Care Management Review, 2010, 35(3), pp. 224-234

MAENG D.D., SCANLON D.P., CHERNEW M.E., GRONNIGER T., WODCHIS W.P., McLAUGHLIN C.G.
The relationship between health plan performance measures and physician network overlap: implications for measuring plan quality
 Health Services Research, 2010, 45(4), pp. 1005-23

SORENSEN R., IEDEMA R.
Accounting for health-care outcomes: implications for intensive care unit practice and performance
 Health Services Management Research, 2010, 23(3), pp. 97-102

FOSTER M.M., EARL P.E., HAINES T.P., MITCHELL G.K.
Unravelling the concept of consumer preference: Implications for health policy and optimal planning in primary care Review Article
 Health Policy, 2010, 23(3), pp. 97-102

STOLZMANN K.L., METERKO M., SHWARTZ M., YOUNG G.J., PEKOZ E.A., BENZER J.K., OSATUKE K., WHITE B., MOHR D.C.
Accounting for variation in technical quality and patient satisfaction: the contribution of patient, provider, team, and medical center
 Medical Care, 2010, 48(8), pp. 676-82

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

JAIN S.H., SEIDMAN J., BLUMENTHAL D.
How health plans, health systems, and others in the private sector can stimulate «Meaningful Use»
 Health Affairs, 2010, 29(9), pp. 1667-1670

CALCIOLARI S., BUCCOLIERO L.
Information integration in health care organizations: the case of a European health system
 Health care management review, 2010, 35(3), pp. 266-275

DIXON R.F.
Enhancing primary care through online communication
 Health Affairs, 2010, 29(7), pp. 1364-1369

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

FRØNSDAL K.B., FACEY K., KLEMP M., NORDERHAUG I.N., MØRLAND B., RØTTINGEN J.A.
Health technology assessment to optimize health technology utilization: using implementation initiatives and monitoring processes
 International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(3), pp. 309-16

SINGH R., MATHIASSEN L., STACHURA M.E., ASTAPOVA E.V.
Sustainable rural telehealth innovation: a public health case study
 Health Services Research, 2010, 45(4), pp. 985-1004

OORTWIJN W., MATHIJSEN J., BANTA D.
The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries
 Health Policy, 2010, 95(2-3), pp. 174-184

VALUTAZIONI ECONOMICHE

SMITH J., COOK A., PACKER C.
Evaluation criteria to assess the value of identification resources for horizon scanning
 International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(3), pp. 348-353

Special issue: Apples or Oranges? Assessing comparative effectiveness and comparative value in the US and other countries
 Value in Health Economics, 2010, 13(suppl. 1), pp. s1-s32

JAHN B., THEURL E., SIEBERT U., PFEIFFER K.P.
Tutorial in medical decision modeling incorporating waiting lines and queues using discrete event simulation
 Value Health, 2010, 13(4), pp. 501-6

GIRLING A., YOUNG T., BROWN C., LILFORD R.
Early-stage valuation of medical devices: the role of developmental uncertainty
 Value Health, 2010, 13(5), pp. 585-91

UN'OCCASIONE UNICA VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2010

È UN'OFFERTA REGALO PER NATALE

«i 75 di MECOSAN»

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE

Vi prego di voler spedire all'indirizzo sotto riportato l'opera completa

i 75 fascicoli di Mecosan
(dal 1992 al 2010)

+ il CD-rom Mecosan bit

al prezzo promozionale e complessivo di € 3.500,00.

Pertanto:

Barrare la casella che interessa

- Accludo **assegno bancario o circolare**, non trasferibile, intestato a **SIPIS S.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/**c.c.p. n. 72902000** intestato a **SIPIS S.r.l. - Roma - Viale Parioli, 77**, come da ricevuta allegata
- Ho versato l'importo con bonifico bancario (con eventuali spese di commissione bancaria a mio carico) sul c.c. della Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM

..... lì

Firma

(In caso di Ente, U.s.l., Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

N.B. Chi, in quanto già abbonato negli anni precedenti, ha interesse a completare l'opera (i 75 fascicoli di Mecosan) con le annate arretrate mancanti, o con qualche fascicolo consegnato all'amico e non più restituito, potrà richiederli al prezzo promozionale sotto indicato:

- n. copie del fascicolo n. al prezzo promozionale di euro 30,00 cadauno fino ad esaurimento delle scorte;
- n. copie dell'annata arretrata al prezzo speciale di euro 200,00 cadauna fino ad esaurimento delle scorte.

Il pagamento dovrà avvenire entro il 31/12/2010, contestualmente all'ordine con le modalità sopra indicate.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

DESTINATARIO

Ragione sociale

Servizio

Via

C.a.p. Località

Prov. Fax Tel.

Da restituire, in busta chiusa, per evitare eventuali ritardi, disguidi o smarrimenti, o mediante fax al n. 068085817 o e-mail sipised@tin.it

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.