

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 78 APRILE-GIUGNO 2011

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** L'alfabeto del Ssn - I parte
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** Valutazioni comparative di esito in Italia: ipotesi di utilizzazione e di impatto
Alice Basiglioni, Fulvio Moirano, Carlo A. Perucci
- 37** Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico
C. Carbone, A. Prenestini, F. Lega, C. Garbelli, F. Ceratti, D. Troiano

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 57** Capitale sociale e qualità dei sistemi sanitari: una prima ipotesi di causazione
Cristiana Abbafati, Federico Spandonaro
- 75** Il Sistema informativo socio-sanitario dell'Ausl di Piacenza: modello di riferimento e percorso di implementazione
A. Bianchi, F. Bisotti, E. Cocchi, T. Lavalle, G.M. Soro
- 101** Il report del capitale intellettuale in sanità: specificità, lezioni apprese, prospettive di ricerca
Giovanni Bronzetti, Graziella Sicoli, Stefania Veltri
- 123** Fenomeni di specializzazione in sanità. I risultati di una ricerca empirica
Marco Giovanni Rizzo
- 143** Prestazioni intermedie nell'A.O.U. Policlinico di Bari. Analisi, valutazione economica e benchmarking
G. Valenzano, V. Pignatelli, V. Dattoli, N. Rosato, V. Montanaro, A. Germinario, G. Campagna, G. Lucatorto, E. Vendramini, R. Di Paola

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 157** Novità bibliografiche
- 161** 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

Anna Prenestini

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales



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 di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. 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, nel settore pubblico e nel privato.

Per realizzare la sua missione la rivista *Mecosan* 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 rilevante 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, dirigenti del S.s.n., consulenti e operatori della sanità.

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, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

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
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2011 versare l'importo di € 345,00 mediante c.c.p. n. 72902000 intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS s.r.l. - Roma o bonifico bancario (Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 90,00

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del R.o.c. 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)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

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.

L'alfabeto del Ssn - I parte

ELIO BORGONOVÌ

Un modo sintetico e puntuale per fare in modo che i temi rilevanti per il sistema di tutela della salute restino ben impressi nella mente del lettore è quello di collegare alcuni concetti alle lettere dell'alfabeto. Poiché 3 viene considerato il numero perfetto, è utile analizzare i concetti a gruppi di tre.

Senza la pretesa di considerare in modo esaustivo tutte le lettere si può iniziare dalla lettera A che si collega a un elemento cardine su cui è costruito il sistema ossia il concetto di Azienda. Più volte negli editoriali e negli articoli di Mecosan è stato richiamato il modello aziendale e, quindi, in questa sede si ricordano alcuni caratteri che qualificano questo modello logico. Innanzitutto, Autonomia, poiché per le aziende sanitarie e territoriali, le aziende ospedaliere, le «società della salute» o le «città della salute», la possibilità di rilevare e analizzare i bisogni, prevederne l'evoluzione nel tempo e organizzare processi di prevenzione, diagnosi cura, riabilitazione idonei a recuperare mantenere e migliorare lo stato di salute dipende dal grado di autonomia. Se leggi dello Stato, ad esempio provvedimenti sui Lea (Livelli essenziali di assistenza), contenimento della spesa o interventi delle Regioni quali sono leggi sui modelli organizzativi, riparto dei fondi, linee-guida o protocolli vincolanti, dotazioni di organico e altre riducono al minimo il grado di autonomia delle aziende, il sistema non potrà migliorare. Peraltro, l'Autonomia non è solo qualcosa che viene concesso dallo Stato o dalle Regioni, ma è anche qualcosa che le aziende, e per esse i loro direttori generali e le loro direzioni strategiche, sono in grado di conquistare sulla base della propria autorevolezza, competenza e credibilità. Al contrario di «modelli burocratici o di modelli di razionalità organizzativa» imposti dalle Regioni o dallo Stato, la logica dell'Autonomia significa che le aziende possono anche essere gestite in modo inadeguato e inefficiente. Tuttavia, poiché in una realtà complessa e differenziata, quale è il sistema di tutela della salute, nessuna soluzione burocratica (che impone il rigido rispetto di procedure formali o che si riconduce alla «presunta razionalità oggettiva») può eliminare sprechi e inefficienze, il riconoscimento dell'Autonomia, se collegata a un processo di selezione di manager di elevata professionalità e moralità, consente un miglioramento complessivo del sistema.

Un corretto uso dell'Autonomia richiede, peraltro, che le persone che operano all'interno delle aziende con varie posizioni di responsabilità, dai medici, infermieri e altri professionisti, ai dirigenti medici e non medici di medio e alto livello, al personale amministrativo e in particolare a quello di «contatto con i pazienti e contatti con il pubblico», si mettano in situazione di Ascolto nei confronti dell'ambiente. Una corretta gestione delle aziende richiede innanzitutto una conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche e sociali delle popolazioni che fanno riferimento alle stesse, comunità del territorio nel caso di aziende territoriali e di aziende ospedaliere a valenza locale, oppure pazienti provenienti anche da territori lontani nel caso di aziende ospedaliere di elevata specializzazione in grado di esercitare un forte potere di attrazione. Inoltre, la dirigenza deve essere in grado di ascoltare le esigenze manifestate dai «rappresentanti delle comunità di riferimento» che possono essere i Sindaci dei Comuni oppure i movimenti di difesa dei diritti dei pazienti o altre forme di rappresentanza espresse dalla società. Spesso i servizi delle aziende sanitarie territoriali e delle aziende ospedaliere sono considerati inadeguati poiché essi sono organizzati sulla base di un'insufficiente o imprecisa conoscenza delle effettive caratteristiche della domanda. L'atteggiamento di Ascolto, infine, deve riguardare i rapporti tra direzione strategica e per-

sonale dell'azienda. Costruire delle mappe di conoscenze, competenze e atteggiamenti del personale, comprendere le profonde motivazioni per una professione che ha riflessi diretti su uno dei diritti fondamentali delle persone, coinvolgere le persone in «sfide per il cambiamento» sono condizioni per realizzare processi di continuo miglioramento.

Accountability è un terzo concetto che deve essere tenuto ben presente nel sistema di tutela della salute. Essa va intesa nel senso di «rendere conto» ai pazienti, agli enti locali, alla Regione, allo Stato, non solo in termini economici, ma anche in termini di efficacia, appropriatezza, qualità dei servizi ed efficienza nell'impiego delle risorse. Occorre superare una logica «riduttivistica» che da circa dieci anni caratterizza le politiche riguardanti il sistema di tutela della salute, secondo la quale si è posto l'accento soprattutto sul tema dei vincoli della spesa (o dell'aumento della spesa) e sulla eliminazione degli sprechi e delle inefficienze. Solo adottando una logica sistemica che, partendo dal quadro epidemiologico, ricostruisce ex ante (con riferimento ai processi di programmazione) ed ex post (con riferimento ai processi di verifica e controllo), le relazioni tra output e outcome e tra risorse e output, solo con processi di Accountability «a 360 gradi» sarà possibile contenere la spesa sanitaria, la spesa di tutela della salute o i tassi di suo aumento, senza ridurre i livelli di assistenza. Al contrario, adottando sistemi di Accountability «parziali» e «frammentati», si determinerà confusione con riguardo alle responsabilità operative (ad esempio carenza di servizi, errori più o meno gravi che portano a giudizi di malasantità), decisionali (ad esempio tra responsabili di unità operative semplici, unità operative complesse, dipartimenti, distretti, direttore generale, sanitario, amministrativo) istituzionali (ad esempio tra aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere, Regioni, Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze).

Una seconda triade caratterizzata dalla lettera A collega Autorità, Autorevolezza e Alleanze (strategiche). Il concetto di Autorità si collega all'esistenza di poteri sovra ordinati che possono essere utilizzati per perseguire i fini di tutela della salute. Autorità nel definire livelli di assistenza, emanare leggi, indirizzi, linee-guida in modo da costituire un quadro di riferimento per le scelte delle aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliere, dei medici e di altri professionisti, dei manager, dei pazienti (ad esempio con partecipazione al costo dei servizi tramite ticket o addizionali sui tributi regionali). Autorità è anche quella che a volte devono esercitare i Direttori generali nei casi in cui persone che operano all'interno delle aziende non rispettino le regole o comunque utilizzino i loro spazi di autonomia assumendo comportamenti non coerenti o che sono in contrasto con gli obiettivi aziendali. Anche se si sono diffuse teorie secondo cui per realizzare cambiamenti organizzativi è necessario coinvolgere e motivare le persone, non di rado nei sistemi professionali sono radicate forme di resistenza che possono essere superate attraverso interventi che si richiamano al principio di autorità. Peraltro si deve ritenere che cambiamenti sostanziali nella direzione di migliori risposte alle esigenze dei pazienti sono possibili laddove Direttori generali, sanitari, amministrativi, Direttori di dipartimenti, di unità operative complesse e semplici siano capaci di passare dall'esercizio di Autorità derivanti dalle loro posizioni formali a quello di Autorevolezza derivante dalle conoscenze e competenze che sono in grado di mettere in campo. L'Autorevolezza collegata alla capacità di definire e analizzare i problemi di tutela della salute, individuare alternative e scegliere le soluzioni più adeguate, dare attuazione alle scelte, facilita anche i rapporti interistituzionali tra Ministero della salute e Ministero dell'economia e finanza e Regioni e tra Regioni e aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, pubbliche o private. Autorevolezza significa, in definitiva, capacità di far convergere comportamenti di diversi soggetti verso obiettivi comuni. L'Autorevolezza a sua volta è condizione essenziale per stabilire Alleanze sul piano operativo, organizzativo e strategico. Per realizzare percorsi integrati di tutela della salute è necessario promuovere e realizzare Alleanze tra ospedali e servizi territoriali, alcuni gestiti dalle Aziende sanitarie e altri gestiti dagli enti locali (ad esempio servizi socio-assistenziali). Per recuperare migliori livelli di efficacia ed efficienza dei servizi sono necessarie Alleanze organizzative tra tutti coloro che accettano e promuovono il cambiamento che, solo unendo le proprie forze, possono superare gli ostacoli creati da coloro che vogliono mantenere lo status quo per ragioni nobili o meno nobili. Per realiz-

zare interventi strutturali di lungo periodo, ad esempio riqualificazione dell'edilizia ospedaliera, introduzione di nuove tecnologie, realizzazione di investimenti nella ricerca, creazione di «cittadelle delle salute» o «cittadelle della ricerca biomedicale e dell'assistenza», sono necessarie Alleanze strategiche tra diverse istituzioni pubbliche e tra pubblico e privato.

Un secondo blocco di concetti è correlabile alla lettera B. Si tratta di Benessere fisico e psichico, inteso come «sentirsi bene», che qualifica in termini concreti il diritto astratto di tutela della salute. Al contrario dei beni e servizi oggetto di «negoiazione sul mercato», il valore dell'attività svolta dalle aziende sanitarie territoriali e dalle aziende ospedaliere pubbliche, ma in parte queste considerazioni valgono anche per le aziende private for profit e non profit, non può essere ridotto al mero equilibrio di bilancio. Sicuramente tale equilibrio è condizione per una sostenibilità di lungo periodo, ma la valutazione sulla gestione dovrebbe riguardare il livello di Benessere dei singoli pazienti e delle comunità nel caso delle attività cosiddette di «sanità pubblica». Con riferimento alle considerazioni sul Benessere, vanno sottolineate le distorsioni di alcune normative nazionali e regionali che considerano il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio come unica o prevalente «causa automatica di decadenza» dei Direttori generali. Si può arrivare al paradosso secondo cui Direttori generali che, partendo da disavanzi rilevanti delle proprie aziende, sono riusciti a ottenere una riduzione significativa del disavanzo (senza però riuscire a raggiungere il pareggio), che possono essere rimossi, anche se sono riusciti a mantenere o addirittura a innalzare i livelli qualitativi dell'assistenza, mentre altri Direttori generali non possono essere dichiarati decaduti poiché sono riusciti a mantenere o a raggiungere l'equilibrio di bilancio, magari attraverso politiche di drastica riduzione dei livelli di assistenza. Evidentemente, le Regioni, cui spetta la nomina e la revoca dei Direttori generali, dovrebbero porre attenzione a considerare gli effetti sul Benessere come fattore primario di valutazione.

Al concetto di Benessere è strettamente collegato quello di Bene comune. Esso non implica solo la capacità di dare risposte ai bisogni individuali, ma anche quella di determinare chiari ed espliciti ordini di priorità. In presenza di un progresso scientifico che ha allargato enormemente le opportunità di intervenire positivamente sulle condizioni di salute (anche molto gravi) le aziende sanitarie ospedaliere devono essere in grado di scegliere le priorità, pur nel rispetto delle linee-guida o degli indirizzi di altro tipo espressi dalla Regione. Per favorire una attenzione al Bene comune, è necessario promuovere processi di informazione, coinvolgimento e partecipazione delle associazioni di pazienti e della popolazione che, ad esempio, può essere sensibilizzata nell'accettare ticket o altre forme di compartecipazione ai costi dei servizi per prestazioni non essenziali, al fine di garantire il finanziamento di servizi essenziali per pazienti gravi o con patologie croniche. Ai concetti di Benessere e Bene comune si aggiunge quello di Benefici, che la legge 833 richiama esplicitamente in relazione ai livelli di finanziamento del sistema del Ssn. La legge recepisce un concetto di ordine generale ossia che i livelli di risorse attribuite a un settore (finanziamento) e di conseguenza il livello di spesa consentito dovesse correlarsi a un Beneficio inteso come qualità di vita delle persone, o capacità delle persone di partecipare alla produzione della ricchezza. Persone dotate di un buono stato di salute sono un patrimonio per l'economia e per la società nel suo complesso. Negli anni successivi la correlazione tra benefici e costi è stata abbandonata a livello generale di sistema ed è stata applicata in termini particolari alla valutazione di nuovi farmaci, nuove tecnologie mediche, nuovi modelli assistenziali. Su queste applicazioni particolari del rapporto Benefici-costi esiste una vasta letteratura e sono numerose le normative di vari Paesi che impongono tale analisi come condizione per la registrazione di farmaci o per la definizione dei prezzi. Questa visione particolare e la perdita del riferimento al sistema complessivo di tutela della salute hanno portato alla prevalenza di politiche di contenimento della spesa e riduzione dei costi (cost containment e cost saving).

Un terzo blocco di concetto è collegato alla lettera C. Innanzitutto Comportamenti, la cui rilevanza va recuperata in un mondo nel quale sembrano prevalere le dichiarazioni, la comunicazione, la presenza sui media, la cura dell'immagine. Anche il sistema di tutela della

salute sembra pervaso da questi aspetti della società moderna che a volte portano all'attenzione dell'opinione pubblica casi di presunta «malasanità» e a volte sembrano premiare professionisti e manager più attenti all'apparire che all'essere. In questo contesto non basta richiamare l'importanza delle regole, ma è necessario che le persone ritornino a privilegiare Comportamenti di attenzione al paziente non solo per quanto riguarda le patologie da cui è colpito, ma anche con riguardo agli aspetti psicologici e di considerazione olistica della persona. La Coerenza, oltre a qualificare i comportamenti delle persone, deve caratterizzare anche alcune scelte istituzionali, nel senso che deve esistere Coerenza nella attribuzione delle funzioni e delle responsabilità ai diversi livelli decisionali del sistema (statale, regionale, delle aziende sanitarie, degli enti locali, ecc); finanziarie, nel senso che deve esistere Coerenza tra livelli essenziali di assistenza garantita per legge, obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali e risorse messe a disposizione; programmatiche, nel senso che deve esistere una Coerenza tra obiettivi di salute di breve o di lungo periodo per le aziende sanitarie territoriali, programmi annuali o piani pluriennali di attività e disponibilità di professionalità richieste per realizzare i programmi e i piani. Per ottenere un miglioramento in un contesto di crescente incertezza e complessità occorre che i Comportamenti Coerenti siano anche caratterizzati da Continuità nel tempo. Sono frequenti i casi in cui nelle aziende sanitarie e territoriali e in quelle ospedaliere si creano condizioni che determinano forti spinte emotive verso il miglioramento. Ciò accade in presenza di un Direttore generale con elevate qualità di leadership capace di attorniarci di un team di persone con elevata professionalità e guidati dalla volontà di cambiamento, o in presenza di un gruppo di dirigenti (sanitari o amministrativi), di medici, infermieri e altri professionisti particolarmente motivati. Per rispondere alla missione di garantire la salute dei cittadini, queste persone, oltre a obiettivi di qualità dei servizi, devono porsi obiettivi di rafforzamento dei sistemi organizzativi, di gestione, di rilevazione dei dati affinché, venute eventualmente a mancare le condizioni favorevoli (ad esempio revoca del Direttore generale a seguito di cambiamenti delle maggioranze politiche nelle regioni), non vengano completamente dispersi i benefici. Le aziende sono definite come sistemi di operazioni strumentali al raggiungimento di certi fini «atti a durare», cioè per le quali deve essere garantita la caratteristica di Continuità dei Comportamenti positivi nel tempo.

Parlare di sistema sanitario e di aziende come sistema di operazioni, significa sottolineare il concetto di Coordinamento. Concetto introdotto dalla legge 833/78 che qualificava le Usl come insieme dei presidi di «prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione», una definizione che, tuttavia, è rimasta, e tuttora rimane, troppo spesso inapplicata. Ciò accade quando vengono approvati piani nazionali, regionali o locali organizzati per progetti o articolati per obiettivi, progetti e programmi costruiti a canne d'organo e senza valutazione dell'impatto congiunto che essi possono avere sulle aziende (unità del sistema sanitario) che devono attuare i piani. Ciò accade ancora quando si assegnano fondi a destinazione vincolata o si attuano «tagli di spesa su voci specifiche di bilancio» poiché tali interventi non consentono alle aziende di attuare quegli interventi che, considerati congiuntamente e in modo sistemico, consentirebbero di ottenere un migliore rapporto tra quantità e qualità di risposte ai problemi di salute e ammontare dei fattori produttivi impiegati o della spesa globale. Solo l'introduzione di sistemi di responsabilizzazione che rispettano il carattere di coordinamento, consentono di esercitare un Controllo sulla gestione. Controllo inteso non solo come rilevazione dei risultati, ma come sistema di misurazione che consente di governare in modo sostanziale le aziende, controllo che, a sua volta, è condizione necessaria anche se non sufficiente per mantenere i Costi nei limiti delle compatibilità di bilancio (per le aziende), delle compatibilità macroeconomiche (imposti dall'equilibrio della finanza pubblica), delle esigenze imposte dal federalismo (confrontabilità dei Costi tra le diverse Regioni in modo da premiare quelle più virtuose).

L'adozione nel 1992-93 del cosiddetto «modello aziendale» ha introdotto nel sistema anche il concetto di Competizione. Esso era collegato al sistema di finanziamento Drg per le aziende ospedaliere, finalizzato a premiare quelle in grado di aumentare la propria Competitività

tramite una riduzione dei costi, alla maggiore mobilità interaziendale e interregionale che tramite il pagamento delle prestazioni premiava le aziende capaci di attrarre pazienti, alla separazione tra aziende territoriali responsabili della salute dei cittadini (purchaser) e aziende ospedaliere responsabili della produzione di servizi (provider). Indubbiamente alcuni elementi di Competizione hanno prodotto il miglioramento del sistema, tuttavia si deve ritenere che l'eccessiva enfasi su tale aspetto abbia in alcuni casi determinato e possa determinare effetti negativi, ossia il perseguimento di ottimizzazione parziale dei risultati da parte delle singole unità (le singole aziende) a danno dell'ottimo complessivo di sistema. In effetti la gestione unitaria, che è necessaria dati i vincoli di finanza pubblica, richiede che la Competizione sia interpretata soprattutto come «Competizione con se stessi» nel senso di ricerca del continuo miglioramento che deve animare gli atteggiamenti delle persone e le scelte aziendali. Non deve essere interpretata come Competizione del tipo win-lose, qualche azienda guadagna mentre altre perdono, ma come logica di win-win, ossia ricerca di soluzioni che consentano vantaggi per tutti i soggetti: per un numero sempre più ampio di pazienti, per gli operatori del settore, per le aziende sanitarie e ospedaliere, per le aziende fornitrici di beni, servizi apparecchiature e attrezzature, per la finanza pubblica. Soluzioni di tipo win-win possono essere individuate se il principio di Competizione viene collegato quello di Collaborazione. Collaborazione tra i diversi livelli di governo, Stato, Regione, aziende sanitarie, Comuni; Collaborazione tra Direzione strategica delle aziende e altri livelli organizzativi; Collaborazione tra professionisti e manager; Collaborazione con le associazioni di volontariato del terzo settore che operano nel campo della tutela della salute e con le associazioni rappresentative dei pazienti; infine Collaborazione tra pubblico e privato. Il principio di Competizione Collaborativa che sembra un ossimoro ma che può rappresentare una soluzione per il futuro, attribuisce concretezza all'esigenza di Coesione sociale. Essa significa riconoscere le differenze e le diverse esigenze che a volte possono essere in contrasto tra loro, ma che devono essere temperate nella ricerca di una visione unitaria che possa essere accettata da tutti.

Poiché l'alfabeto è ancora lungo, nel prossimo editoriale di Mecosan ci si ripropone di sviluppare ulteriori concetti.

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**.

Valutazioni comparative di esito in Italia: ipotesi di utilizzazione e di impatto

ALICE BASIGLINI, FULVIO MOIRANO, CARLO A. PERUCCI

The objective of the Outcomes Evaluation National Program (PNE), commissioned by the Ministry of Health, is to introduce in Italy the comparative evaluation of outcome measures between hospital. As the empirical measurement was carried out, an analysis of the potential impact of different option of use and communication of outcome indicators, including the public release of performance data, was conducted. The aim of this assessment was to identify the potential obstacles that an effective use of quantitative information may encounter and the benefits and unintended consequences related to each option regarding the utilization of outcomes measures, on the base of observational studies referring to other healthcare systems as well as those aspects which are peculiar to the Italian NHS and social background.

Keywords: evaluation, outcome, impact assessment

Parole chiave: valutazione, esiti, impatto

Note sugli autori

Programma Nazionale Esiti (PNE), Age.Na.S. - Alice Basigliani, supporto all'elaborazione e analisi dei flussi informativi relativi alle strutture sanitarie; Fulvio Moirano, direttore; Carlo A. Perucci, direttore scientifico

1. Premessa

Il Programma nazionale esiti (PNE), affidato ad Age.Na.S. dal Ministero della salute persegue questi obiettivi:

- la valutazione osservazionale dell'efficacia «teorica» (*efficacy*) degli interventi sanitari per i quali non sono possibili / disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- la valutazione osservazionale dell'efficacia «operativa» (*effectiveness*) degli interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- la valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti, funzionale alle attività di accreditamento e remunerazione e all'informazione dei cittadini/utenti;
- la valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ad esempio per livello socioeconomico, residenza, ecc.);
- l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali (ad esempio volumi) che determinano esiti;
- l'*auditing* interno ed esterno;
- il monitoraggio dei livelli di assistenza.

Nella fase attuale, il PNE ha affrontato soprattutto la valutazione comparativa degli interventi sanitari ospedalieri sia dal punto di vista della produzione, sia dal punto di vista della tutela/committenza.

In riferimento a tale obiettivo, il piano di lavoro prevede che *i risultati analitici delle stime degli indicatori per Asl di residenza e per ospedale, prodotti dal PNE, vengano consegnati al Ministero della salute e alle sedi istituzionali di confronto inter-regionale, unitamente alla valutazione comparativa, basata sulla letteratura scientifica interna-*

SOMMARIO

1. Premessa
2. Introduzione
3. Cittadini-pazienti
4. Medici di medicina generale
5. Committenza
6. Decisori politici
7. Deterrenza psicologica
8. Conclusioni
9. Sintesi

zionale e sulla valutazione delle esperienze italiane, dei potenziali effetti positivi e negativi di diverse opzioni di utilizzazione e di comunicazione degli indicatori di esito a livello nazionale.

Nell'ottobre 2010, i risultati PNE sui dati Sdo 2008 sono stati consegnati, su supporto *web* ad accesso riservato, alle Regioni e al Ministero della salute, per una fase di *auditing* sulla qualità dei dati e dei risultati. I dati Sdo 2009 sono stati consegnati ad Age.Na.S. nel gennaio 2011; i risultati dell'analisi sono disponibili da maggio 2011.

Accanto alla definizione degli strumenti e dei metodi di misura e alla misurazione empirica degli esiti, stimati sia a livello di struttura ospedaliera sia a livello di area di residenza, PNE si propone, quindi, un'analisi dell'impatto socio-economico della valutazione comparativa. Questo documento si colloca, dunque, all'interno di un progetto di ampio respiro che mira non soltanto alla produzione delle stime di esito, ma anche all'identificazione dei possibili impieghi e delle potenziali conseguenze associabili a ogni opzione di comunicazione e di utilizzazione degli indicatori.

Per un approfondimento del significato e degli obiettivi della valutazione comparativa degli esiti, così come condotta nell'ambito di PNE, riportiamo qui di seguito il *link* al sito *web*, dove contenuti e metodologie sono descritti in maniera puntuale e dettagliata: <http://151.1.149.72/pne/>.

2. Introduzione

Nel 2000 *JAMA* pubblicava un articolo di Marshall *et al.* (2000a) in tema di *public disclosure* delle stime di esito. L'interrogativo «what do we expect to gain?» costituiva un chiaro invito da una parte a riportare l'attenzione sulla *ratio* alla base della costruzione dei sistemi di rilevazione della qualità dei servizi sanitari e sulle leve da attivare per conseguire gli obiettivi preposti, dall'altra a sviluppare una riflessione sugli effetti (osservabili e/o potenziali) della divulgazione dei risultati. La preoccupazione nasceva, a fronte del proliferare dei centri di informazione, dalla constatazione dell'assenza nel dibattito scientifico di allora (al giorno d'oggi la notazione è perfettamente replicabile) di consi-

derazioni relative all'efficacia e utilità della valutazione comparativa di esito.

Se l'obiettivo è il miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari e, in un paradigma universalistico come quello italiano, una maggiore equità nella tutela della salute, si pone la necessità di identificare i possibili canali attraverso i quali l'informazione sulla qualità possa tradursi in processi reattivi positivi e gli effetti negativi possano essere minimizzati. Si tratta di valutare le conoscenze disponibili su questo tema nel contesto internazionale e vagliare, alla luce delle caratteristiche sistemiche della sanità italiana e di variabili sociali e culturali, le diverse opzioni di utilizzazione delle misure di esito, per impedire che la valutazione dei servizi sanitari si traduca in uno sforzo fine a se stesso o, peggio ancora, in un'operazione controproducente.

In un lavoro di revisione della letteratura scientifica fino ad allora prodotta, Marshall *et al.* (2000a) si sono preoccupati di fornire un quadro sull'impatto delle valutazioni di esito, misurato sia in termini di impulso al miglioramento della qualità dei servizi sanitari sia in termini di *feedback* dei diversi attori del sistema. Gli studi osservazionali analizzati valutavano l'influenza della pubblicazione delle valutazioni (*public disclosure*) sugli esiti degli interventi sanitari e l'effettivo utilizzo delle informazioni da parte delle diverse popolazioni bersaglio. Su questo argomento, tuttavia, è necessario considerare elementi altrettanto importanti: fenomeni inerenti a tematiche interdisciplinari in prima analisi estranee alla valutazione del sistema sanitario (psicologia cognitiva, psicologia sociale ecc.); problematiche non adeguatamente sviluppate dalla letteratura internazionale in materia di divulgazione delle informazioni sugli esiti (relative, ad esempio, alle determinanti della scelta sanitaria); aspetti oggetto di studi approfonditi ma strettamente ascrivibili al contesto sociale e giuridico-istituzionale di riferimento (la cui analisi non è, quindi, trasferibile, o è trasferibile solo in parte a sistemi-paese altri rispetto a quello in relazione al quale è stata condotta).

Data la complessità dell'argomento e la carenza di conoscenze empiriche su molti punti, si vuole fornire un quadro, il più possibile completo ed esauriente, sulle possibili

alternative di utilizzazione delle valutazioni di esito e sui possibili benefici ed eventuali conseguenze inintenzionali riconducibili a ciascuna opzione. Riportando le evidenze scientifiche in materia e ipotizzando criticità, si intende sviluppare, alimentare e orientare una discussione proficua: l'obiettivo è giungere, attraverso il dibattito, a una maggiore consapevolezza circa le implicazioni associabili alle diverse ipotesi di impiego degli indicatori di esito e, attraverso elementi di analisi costi-benefici, alla maturazione di orientamenti e ipotesi ragionate riguardo a un efficace uso sistematico delle stime all'interno del Sistema sanitario italiano.

Il meccanismo attraverso il quale la divulgazione delle informazioni sull'efficacia dell'assistenza aspira a promuovere la qualità degli interventi sanitari e a ridimensionare le dinamiche sperequative riposa, in maniera più o meno mediata, su *logiche incentivanti*. Soltanto attraverso il potenziamento di elementi sanzionatori e/o premianti, in parte già presenti nel nostro Ssn, è possibile stimolare risposte positive da parte dei diversi soggetti ai quali è imputabile lo standard di cura e l'efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e riabilitazione. L'ipotesi di partenza è che la mera conoscibilità dei risultati degli interventi/trattamenti sanitari da parte dei produttori dei servizi non sia, *in linea di massima*, condizione sufficiente (per quanto necessaria) a promuovere nei soggetti responsabili processi virtuosi. D'altra parte, tutto ciò che attiene a inclinazioni spontanee (più o meno isolate) al miglioramento continuo esula da ogni ragionamento intorno alle possibili sollecitazioni esterne e, conseguentemente, dalla nostra analisi.

In questa prospettiva, l'accesso alle informazioni sugli esiti dei servizi offerti consente:

a) l'intercettazione (da parte dei responsabili del governo del sistema sanitario a tutti i livelli e/o dei produttori) degli elementi di carenza, di devianza (dagli standard qualitativi, dai protocolli assistenziali e dalle linee guida) e dei margini di miglioramento, per la progettazione e implementazione di programmi di potenziamento e ottimizzazione in grado di andare nella corretta direzione. *Conditio sine qua non* del raggiungimento degli obiettivi di qualità ed equità è, dunque,

la consapevolezza dell'offerta circa il livello di efficacia degli interventi/trattamenti erogati;

b) il ridimensionamento dell'asimmetria informativa nell'intero «mercato della salute». La conoscenza limitata (dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure, della professionalità del medico, dei benefici e delle controindicazioni associate alle diverse alternative terapeutiche ecc.) non riguarda esclusivamente il cittadino-paziente ma l'intero lato della domanda, intesa in senso lato:

- assistiti (consumatori finali),
- Mmg (anche nel ruolo di *gatekeeper*),
- Asl e Regioni nel ruolo di committenti e altri potenziali sponsor e/o terzi pagatori.

La disponibilità di dati oggettivi consentirebbe a queste categorie di soggetti, ciascuna attraverso gli strumenti di cui già dispone, di selezionare i produttori sul piano della qualità (*scelta*) o comunque di indurli, per altre vie, all'adozione di standard qualitativi più alti (*pressione*).

In realtà, perché la trasparenza (ai vari livelli) degli esiti ospedalieri possa incoraggiare salti qualitativi e dissuadere da pratiche sanitarie negative, potrebbe non rivelarsi necessario che le leve di selezione e pressione siano effettivamente attivate, risultando sufficiente che i produttori ritengano plausibile l'eventualità di una loro attivazione.

Ragioneremo, innanzitutto, intorno al contributo *attivo* che i diversi attori possono dare al miglioramento della qualità dei servizi, sviluppando il tema della *deterrenza psicologica* in un secondo momento.

La trattazione procederà secondo questo schema: in relazione a ciascuna popolazione bersaglio, si identificheranno le leve attivabili di selezione e pressione, si darà evidenza dei potenziali ostacoli a questa attivazione, saranno individuati i possibili effetti negativi associabili all'utilizzo delle informazioni sugli esiti. Infine, si aprirà una riflessione intorno alla forza dissuasiva e/o persuasiva generata non già da interventi punitivi o premianti, ma dal timore di incorrere in sanzioni e dal desiderio di visibilità positiva.

Nell'elaborato, i produttori o erogatori dei servizi sono considerati come categoria generale, comprensiva di tutti i soggetti monitorati e valutati. Chiaramente, essi possono

assumere e assumeranno, di volta in volta, la veste di struttura ospedaliera, di Mmg, di medico specialista, di Asl, ecc. La riflessione intorno ai produttori (quali inevitabili destinatari delle informazioni) troverà spazio nel corso dell'intera trattazione, dal momento che è su di essi che le diverse popolazioni bersaglio, investite dell'informazione, sono chiamate ad applicare incentivi e disincentivi, economici e non.

Le altre categorie di attori, sulle quali è articolata l'intera analisi (cittadini-pazienti, Mmg, committenza, decisori politici) sono considerate, nel capitolo a ciascuna dedicato, esclusivamente come popolazioni bersaglio, cioè come potenziali destinatarie delle informazioni sugli esiti, in grado di attivare nei confronti dei produttori/erogatori le leve di selezione e pressione. Ad esempio, i Mmg, nel quarto capitolo, non sono mai considerati nel loro ruolo di erogatori di *primary care*.

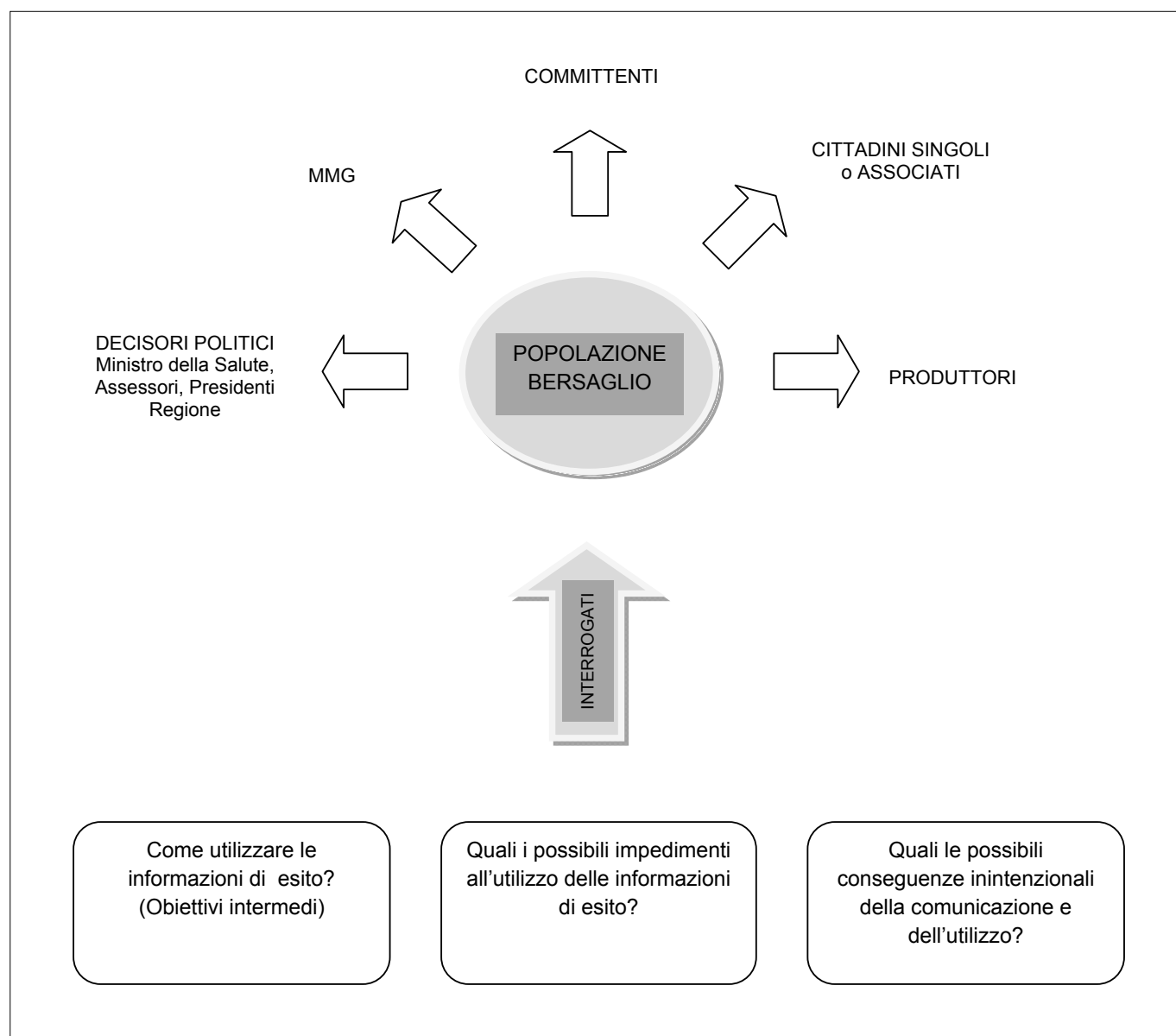
A monte dell'analisi per popolazione bersaglio, una considerazione è, tuttavia, doverosa. Se è vero che l'accesso a nuove informazioni è suscettibile di ridurre il *gap* conoscitivo tra agenti, è vero anche che la comprensione di informazioni quantitative si scontra inevitabilmente con la realtà di questo scarto. L'errore più grande che si può fare è quello di sottovalutare i molteplici ostacoli che si frappongono tra il messaggio e la sua esatta ricezione (inappropriatezza del canale prescelto, esistenza di consolidati interessi configgenti ecc.) e di trascurare le difficoltà di comprensione che i destinatari possono incontrare, le quali interessano, sia pure con forti differenziazioni, l'intera popolazione potenzialmente interessata, dai medici alla stampa al comune cittadino (Gigerenzer *et al.*, 2007; Magee, Davis, Coutler, 2003; Marshall *et al.*, 2000b). Il primo attrito che ogni tentativo di comunicazione di contenuti complessi incontra riguarda, infatti, la traduzione di un sapere specialistico in una forma e in un linguaggio di chiara e semplice fruibilità. Tuttavia, quanto più la familiarità con i contenuti è scarsa e le *potenzialità* dell'oggetto della comunicazione sono alte (in termini di effetti possibili), tanto più la mera elementarizzazione dell'informazione risulta insufficiente. Si tratta, quindi, con considerazioni relative alla singola popolazione bersaglio, di pensare a un affiancamento all'informazione scientifica (opportunamente modulata secon-

do le caratteristiche del potenziale destinatario) di un *percorso educativo* che faciliti non soltanto l'acquisizione di dimestichezza, ma anche la corretta (non distorsiva, *non manipolativa* ecc.) interpretazione dei dati.

Inizieremo la nostra trattazione con l'analisi della popolazione cittadini-pazienti (*consumatori finali*) sia perché la *public disclosure* è la soluzione adottata dai sistemi che per primi hanno fatto ricorso agli indicatori di esito per il monitoraggio e il governo della sanità (indiretto, attraverso la regolazione istituzionale - Regno Unito; diretto, attraverso le leggi di mercato - Stati Uniti) sia perché essa apre alle problematiche più ampie. La *public disclosure*, infatti, può essere considerata come l'ultimo *step* di un processo virtuale di graduale e progressiva estensione della popolazione bersaglio: in quest'ottica, l'inclusione dei cittadini-pazienti trascina con sé tutte le considerazioni relative all'impatto della comunicazione agli altri livelli. È soltanto per ragioni di semplificazione e schematizzazione della nostra analisi che considereremo i potenziali destinatari separatamente (figura 1).

3. Cittadini - pazienti

Se l'obiettivo è quello di identificare la più efficace gestione degli indicatori di esito, si deve prendere atto della *manca*za in letteratura di evidenze univoche sull'esistenza di una correlazione positiva tra la public disclosure dei dati di performance e il miglioramento degli esiti sanitari. Questo aspetto, già sottolineato da Marshall *et al.* (2000a), è stato in seguito rimarcato dalla revisione sistematica di Shekelle *et al.* (2008) e da un più recente (settembre 2010) articolo pubblicato sul NEJM (Ferris, 2010; Halpin *et al.*, 2008; Tu *et al.*, 2009). Si tratta di un dato di importanza cruciale che reca implicite diverse possibili spiegazioni: l'infondatezza di un nesso teorico-concettuale tra visibilità delle valutazioni e innalzamento del livello qualitativo; la mancata attivazione di quelle leve in grado di trasformare la pubblicità da una determinante potenziale degli esiti sanitari in una determinante effettiva; il reciproco annullamento tra effetti positivi ed effetti negativi della *public disclosure*. Allo stato dell'arte della pubblicazione degli esiti sanitari, sarebbe prematuro sposare la prima



ipotesi. Proveremo nel corso della trattazione a capire perché.

3.1. Leve attivabili - obiettivi intermedi

Quali sono i canali attraverso i quali la conoscenza delle performance sanitarie consentirebbe al paziente-consumatore di svolgere un ruolo proattivo nel miglioramento della qualità delle prestazioni?

– *Scelta* - attraverso la *public disclosure* il cittadino entrerebbe in possesso di infor-

mazioni utili a compiere una scelta consapevole e a orientare le sue preferenze sulla base della qualità delle opzioni disponibili (*empowerment*). Di questa nuova forza beneficia l'utente in prima persona ma anche il sistema nel suo complesso: la selezione sulla base degli esiti, da una parte, consente al paziente di avvalersi dell'offerta migliore, dall'altra, stimola i produttori di servizi di bassa qualità ad adottare comportamenti virtuosi, pena la riduzione dei ricavi e l'uscita dal mercato (Marshall *et al.*, 2000b). Il danno all'*immagine* (strutture ospedaliere) o alla

Figura 1
Schema di analisi

reputazione (medici e operatori sanitari) che si produce da valutazioni negative è in ultima analisi suscettibile di ridisegnare il panorama dell'offerta secondo le regole proprie di una *competizione controllata*. Per quanto riguarda i produttori che operano al di fuori del Ssn l'attivazione di queste dinamiche selettive è sostanzialmente fisiologica. Tuttavia, se ci si muove nel quadro di un sistema di finanziamento basato su corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, la visibilità della bassa performance è in grado di incidere negativamente, in termini di mancati ricavi, anche per le strutture erogatrici che operano per conto del Ssn (pubbliche, equiparate al pubblico e private accreditate). Sulla carta, i ricavi dovrebbero seguire i pazienti (i quali sono attratti dalle strutture migliori); nella pratica occorre riflettere sull'effettivo funzionamento del meccanismo tariffario (se e in che misura il volume e la tipologia di attività condizionano i ricavi della struttura ospedaliera e se e in che misura le entrate derivanti dalla remunerazione delle prestazioni condizionano la sopravvivenza dell'azienda);

– *Pressione* - anche se il possesso di informazioni sulla qualità non si traduce in una coerente selezione dell'offerta, la disponibilità e la padronanza di questi elementi conoscitivi consentono al cittadino di agire da *watchdog*, di vigilare, cioè, sulla conformità delle politiche di governo (a livello generale e in veste di singoli provvedimenti nei confronti dei produttori dei servizi di bassa qualità) alla situazione illustrata nei documenti di sintesi, sanzionando, anche attraverso lo strumento del voto, le amministrazioni poco sensibili al problema.

Si consideri che il coinvolgimento degli assistiti è la sola opzione che consenta di riorientare positivamente la domanda verso *tutti* i livelli di offerta sanitaria. Fare perno sulle altre popolazioni bersaglio le esclude automaticamente dal processo di responsabilizzazione indotta.

È chiaro sin da ora che l'attivazione di entrambe le leve non possa avvenire attraverso un processo automatico ma necessiti di alcune precondizioni, tra le quali, appunto, un sistema di finanziamento dei soggetti erogatori basato sul numero e la tipologia dei casi trattati.

3.2. Possibili impedimenti

Prerequisito essenziale è, tuttavia, un altro: le stime di esito devono diventare una determinante importante della scelta dei pazienti-consumatori. In prima analisi, può sembrare scontato che il cittadino si avvalga, ove disponibili, delle informazioni sugli *outcome*; al contrario, quando si guarda alla letteratura e si considerano tutte le variabili della corretta ricezione di un messaggio, si comprende come non lo sia affatto.

Dall'esperienza internazionale (Marshall *et al.*, 2000a) emergono due evidenze:

- 1) domanda crescente di trasparenza sul livello qualitativo dei servizi sanitari;
- 2) impatto modesto delle valutazioni di esito nella formulazione della scelta (tra i criteri di selezione dell'offerta non si annoverano le indicazioni ricavabili dai dati di efficacia).

I cittadini-pazienti hanno dato prova di non utilizzare gli indicatori di qualità. Al di là dell'importanza esplicativa di tale dato per quanto attiene all'insuccesso della *public disclosure* nel funzionare da catalizzatore del miglioramento degli esiti, lo scollamento tra intenzione e azione è innanzitutto indicativo dell'incapacità dei *report* di sintesi, così come strutturati nelle esperienze conosciute, di svolgere la funzione di informazione per la quale sono stati concepiti. La scarsa reattività non può essere, quindi, imputata a un problema di disinteresse diffuso ma, piuttosto, a una generalizzata sottovalutazione dell'*opzione comunicativa*, intesa qui come l'insieme di tutte le considerazioni necessarie alla realizzazione di una comunicazione efficace. La messa a disposizione di elementi conoscitivi rilevanti deve essere accompagnata alla selezione di appropriati canali di trasmissione delle informazioni e di adeguate tecniche comunicative: quanto più gli uni e le altre sono *ponderati* alle caratteristiche del pubblico e del messaggio, tanto più verosimilmente la risposta sarà positiva.

Il problema della scelta del *mezzo di comunicazione* va analizzato in una duplice prospettiva, l'una di carattere generale, l'altra contesto-specifica. A ogni tipologia di informazione, in funzione delle caratteristiche che le sono proprie (pubblico che si intende

raggiungere, grado di complessità dei contenuti, familiarità con l'oggetto, variabilità dei contenuti nel tempo ecc.), corrisponde, in linea teorica, un canale appropriato di trasmissione del messaggio. Non sempre, però, la valutazione dei diversi attributi dell'informazione induce a optare per il medesimo strumento: si consideri ad esempio che se, in considerazione della difficoltà dell'argomento, si potrebbe privilegiare una rivista di settore, la volontà di raggiungere il comune cittadino rende impraticabile questa strada; analogamente, se il *web* consente il reperimento tempestivo di dati sempre aggiornati, le campagne informative hanno l'indubbio vantaggio di svolgere un'azione pedagogico-divulgativa difficilmente replicabile con altri strumenti.

Inoltre, per quanto indispensabili, le considerazioni di principio devono confrontarsi con il contesto di riferimento: la situazione dell'informazione nel nostro Paese e le preferenze/abitudini dei cittadini italiani.

Se lo strumento di comunicazione prescelto non è disponibile alla maggior parte degli individui, la *public disclosure* rischia di aggravare, anziché mitigare, le sperequazioni tra cittadini. Il problema dell'accesso all'informazione e della facilità e tempestività di reperimento del materiale conoscitivo è quindi di importanza cruciale. Si considerino, ad esempio, i dati Audiweb (2010) sulla diffusione dell'*online* in Italia (settembre 2010). Dall'indagine emerge che oltre la metà delle famiglie con almeno un componente fino a 74 anni di età possiede un collegamento internet da casa ma che soltanto il 38% dispone di un collegamento veloce via ADSL o fibra ottica: il 62% delle famiglie italiane è, quindi, escluso da una capacità reale di navigazione e di reperimento delle informazioni presenti in rete. È evidente come il ritardo italiano nel ricorso a quelle tecnologie che consentirebbero una trasmissione pervasiva e tempestiva delle informazioni pone la questione equitativa al centro di ogni riflessione sui pro e contro della *public disclosure*.

Avere a disposizione uno strumento non significa, tuttavia, utilizzarlo per scopi conoscitivi e informativi. Molti dei principali mass media (televisione, *web*, ecc.) assolvono molteplici funzioni (anche e soprattutto di intrattenimento) e, conseguentemente, richiamano differenti tipologie di pubblico.

Per questa ragione abbiamo preferito riportare il dato relativo alle fonti alle quali ricorrono gli italiani nel momento in cui vogliono maturare un'opinione in materia sanitaria (Forum per la Ricerca Biomedica - Censis, 2006) (figura 2).

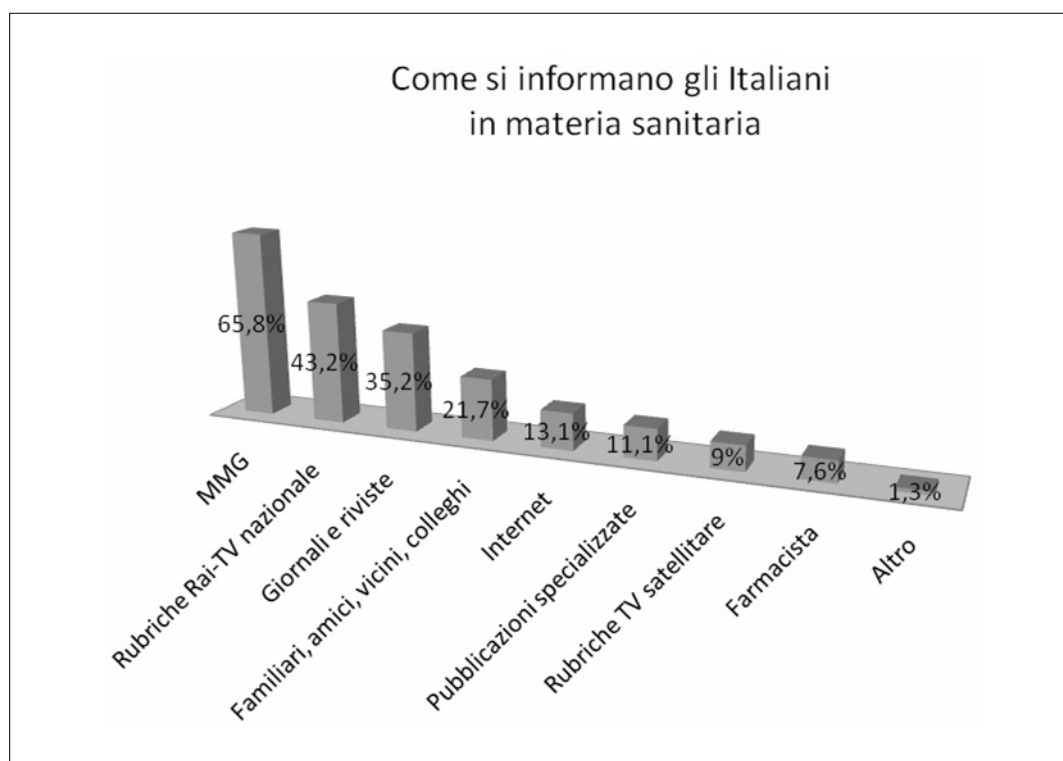
Il quadro delle opzioni informative prescelte cambia radicalmente in funzione di determinanti anagrafiche e socio-culturali. È possibile, ad esempio, identificare, per i cittadini più giovani e con titoli di studio più elevati, una tendenza a rivolgersi meno al Mmg quale riferimento primo per l'intercettazione del sapere medico (restando, comunque, quest'ultimo la principale fonte di informazione per tutti i segmenti) e una corrispondente propensione all'autosufficienza nella gestione della propria salute psico-fisica, a partire dalla ricerca autonoma (non mediata dai professionisti sanitari) di informazioni di forte rilevanza qualitativa. L'utente più scolarizzato fa, inoltre, registrare, nel confronto con il cittadino maggiormente sprovvisto dei mezzi necessari a orientarsi efficacemente nel panorama informativo, valori relativamente più bassi nell'ascolto di trasmissioni televisive dedicate ai temi della salute e comparativamente più alti, non solo nella lettura o consultazione di riviste specializzate, ma anche nel ricorso al *web* (Forum per la Ricerca Biomedica - Censis, 2006). Nell'individuazione dei canali più appropriati bisogna, inoltre, considerare che non tutti i cittadini-consumatori sono potenzialmente interessati all'intera gamma di informazioni disponibili: gli indicatori di esito possono riguardare soltanto o principalmente determinati segmenti di popolazione, identificabili, di volta in volta, per età (mortalità dal ricovero per Ima), genere (proporzione di parti cesarei) ecc. Spesso a tali sub-categorie è possibile applicare una comunicazione appositamente costruita su quel *target* e, quindi, maggiormente efficace (Alpay *et al.*, 2009; Hawkins *et al.*, 2008): pensiamo alle riviste femminili che dedicano ampi spazi al tema della salute e al ruolo che queste possono svolgere nel dare rilievo alle strutture sanitarie migliori e nella consapevolizzazione delle donne sui rischi connessi al taglio cesareo e sui benefici del parto naturale.

L'informazione preventiva dovrebbe, inoltre, essere affiancata dall'inclusione delle valutazioni degli esiti sanitari nel modulo di

Figura 2

Come si informano gli italiani in materia sanitaria

Fonte: nostra elaborazione su dati FRB - Censis (2006)



consenso informato. Un'informazione adeguata ed esaustiva in ordine al trattamento sanitario e ai rischi che ne possono derivare dovrebbe comprendere anche l'indicazione del livello di efficacia registrato nella struttura ospedaliera. La conoscenza dei riferimenti qualitativi è, infatti, indispensabile a una ragionata e ponderata manifestazione di volontà. Analogamente, i dati di esito dovrebbero essere esposti nei reparti accettazione così da consentire all'assistito di venire al corrente degli standard di cura almeno nel momento immediatamente precedente l'intervento / terapia. La comunicazione dei livelli di qualità *in loco* non può, tuttavia, considerarsi sufficiente: essa è inefficace in tutti i casi in cui ricorrono gli estremi di urgenza; inoltre, per i casi non in emergenza, risulta disagiata per il paziente abbandonare la struttura in cui si trova per un'altra di cui comunque non si conoscono gli esiti.

La *selezione di tecniche comunicative adeguate* è l'altro aspetto dell'opzione comunicativa. Su questo punto la letteratura scientifica è chiara: alla base dello scarso successo della *public disclosure* vi sono la *difficoltà di comprensione e interpretazione dei dati e*

la scarsa fiducia riposta nell'indipendenza e validità delle valutazioni (Marshall *et al.*, 2000a).

La scarsa familiarità con gli indicatori di esito, l'estraneità ai metodi statistico-matematici di semplificazione e rappresentazione della realtà sono situazioni comuni a molti individui. Tuttavia, l'assenza di dimestichezza e i problemi di comprensione sembrano non limitarsi agli elementi più complessi e tecnici dei *report* di valutazione (Damman *et al.*, 2010; Gigerenzer *et al.*, 2007) ma si estendono anche agli aspetti più basilari, rendendo vano tutto lo sforzo informativo. In particolare, in letteratura (Jewett, Hibbard, 1996), si dà evidenza di come la maggior parte dei lettori non sia in grado di:

- assegnare un significato ai vocaboli utilizzati (difficoltà nella comprensione del linguaggio medico-sanitario);
- desumere dalle misure di esito le informazioni implicite sulla qualità (discernere, ad esempio, se i valori, alti o bassi, assunti dagli indicatori siano indicativi di buona o cattiva performance);

– comprendere il valore applicativo delle stime (come tradurre, cioè, l'informazione in comportamenti coerenti).

A questo dato si aggiunga che in Italia l'eventuale pubblicazione dei risultati di esito sarebbe chiamata a confrontarsi con un contesto socio-culturale che, nel raffronto con gli altri Paesi industrializzati a benessere diffuso, appare scarsamente evoluto e con forti sperequazioni al suo interno. L'ultima indagine Ials-Sials rivela una situazione poco rassicurante: il forte deficit di istruzione di livello post-secondario (soltanto il 10% della popolazione consegue un titolo di istruzione o formazione successivo al diploma) si affianca a un bassissimo livello di competenza alfabetica, intesa qui come l'insieme delle capacità e abilità necessarie alla lettura di testi in prosa, all'interpretazione di grafici e tabelle, all'effettuazione di operazioni aritmetiche e alla risoluzione di problemi matematici (OECD, 2000).

Più di un terzo della popolazione italiana possiede una competenza alfabetica molto modesta, ai limiti dell'analfabetismo. Un al-

tro 33% ha un limitato patrimonio di competenze di base.

Si consideri che, per quanto riguarda la seconda prova, gli individui collocati nel primo livello non sono stati in grado, dinnanzi a un diagramma che rappresentava la percentuale di donne insegnanti in diversi Paesi (con l'indicazione del valore percentuale e in assenza di distrattori), di individuare la percentuale di insegnanti donne in Grecia. In relazione alla prima prova, coloro che hanno fallito nel superamento del secondo livello non hanno saputo identificare la differenza in gradi centigradi tra le temperature previste per due capitali (Seoul e Bangkok), avendo a disposizione una tabella indicativa delle temperature anche di altre città: la difficoltà consisteva nel trovare i due numeri sui quali effettuare la sottrazione (OECD, 2000). È difficile pensare che questi individui (due terzi della popolazione) siano in grado di interpretare correttamente gli indicatori di esito (**figura 3**).

L'incomprensione e il disorientamento si traducono in sottovalutazione e attribuzione di scarsa rilevanza ai dati (Hibbard *et al.*, 1997, hanno stimato l'esistenza di una

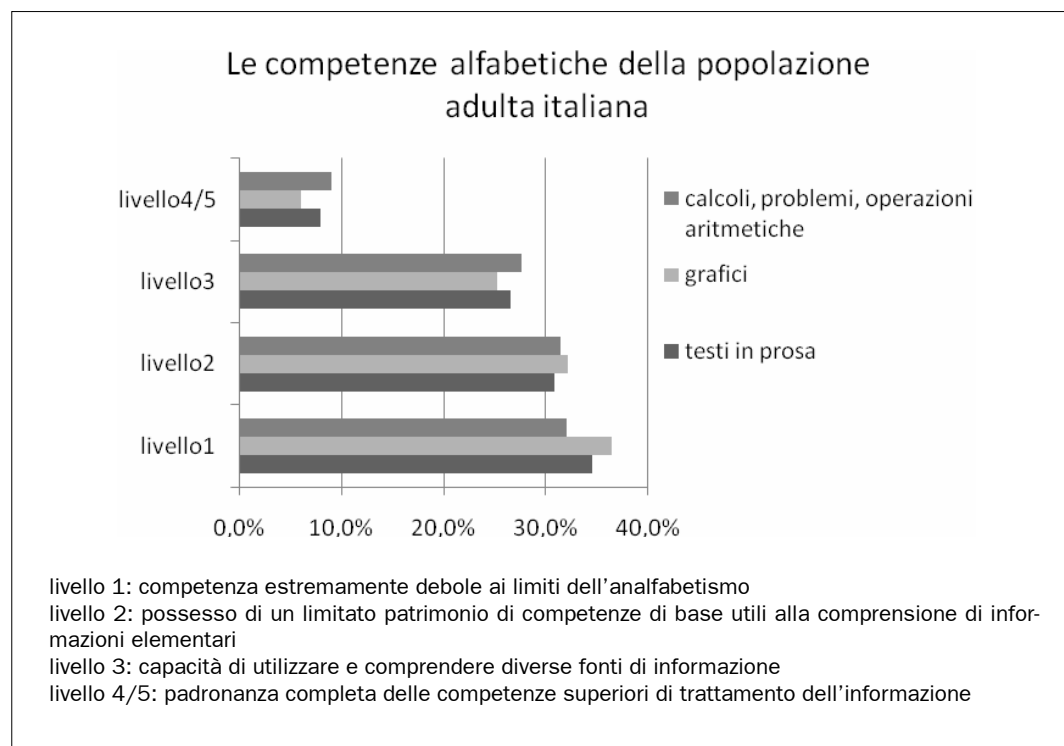


Figura 3
 Le competenze alfabetiche della popolazione adulta
 Fonte: nostra elaborazione su dati Ials-Sials, 2000 (CEDE, Oecd)

relazione positiva che intercorrerebbe tra la difficoltà di comprensione degli indicatori e la tendenza a considerare gli stessi come irrilevanti) o in fraintendimento, andando in entrambi i casi a minare gli obiettivi di consapevolezza dei cittadini e di orientamento alla qualità. Se la competenza alfabetica della popolazione italiana rimanesse quella registrata dall'Ocse, la *public disclosure* intercetterebbe soltanto una classe di pazienti-consumatori, probabilmente quella che risulta già avvantaggiata, in ragione di caratteristiche anagrafiche (Hibbard *et al.*, 2001) ed economico-sociali, nel riconoscimento dell'offerta migliore e nell'esercizio della libertà di scelta. Il rischio è quello di creare canali preferenziali di accesso alle cure, spaccando l'utenza in cittadini di prima e di seconda classe nella tutela della salute. Si tratta di un'ipotesi che trova conferma nei risultati dell'analisi condotta nel 2006 dal Forum per la Ricerca Biomedica e dal Censis (2006) in tema di comunicazione sulla salute in Italia: non solo la complessità delle informazioni è indicata dal campione intervistato come uno dei principali difetti della comunicazione medico-sanitaria, ma nello studio si dà evidenza di come «gli strumenti e le competenze necessarie a costruire una consapevolezza effettiva e una reale partecipazione alle scelte sulla salute sembrano rimanere prerogativa di una porzione non maggioritaria della popolazione [...]».

Perché la *public disclosure* possa istruire l'utenza in ordine ai diversi livelli di qualità presenti sul mercato della salute (senza produrre effetti discriminatori), l'informazione deve essere resa intellegibile a tutti. Lo sforzo non è minimo e occorre tenere conto:

- dei processi cognitivi mediante i quali le informazioni vengono acquisite e acquisite correttamente (Vaiana, McGlynn, 2002), considerando che quando gli individui sono costretti a selezionare, interpretare e adattare le informazioni disponibili ai loro bisogni, le probabilità di errore, incomprensione e frustrazione crescono (Alpay *et al.*, 2009);

Si tratta di:

- a) *personalizzare* e quindi *diversificare* i processi educativi e di familiarizzazione con lo strumento, in relazione a gruppi *target* omogenei per conoscenze, barriere (economiche, sociali, culturali) e *modelli com-*

portamentali. Quanto più si individualizza, tanto più si garantiscono pari opportunità di comprensione. D'altra parte, la segmentazione e l'adattamento in funzione delle caratteristiche della popolazione bersaglio hanno un *costo*, il quale cresce all'aumentare dello sforzo di individualizzazione (Hawkins *et al.*, 2008),

- b) *facilitare* l'identificazione e l'acquisizione dell'informazione di interesse, fornendo il *background* conoscitivo per padroneggiare i contenuti (spiegare la terminologia, il valore applicativo dell'indicatore ecc.); introducendo riferimenti all'esperienza che il gruppo *target* sta vivendo al fine di favorire l'immedesimazione e ridurre il *gap* percepito tra evento malattia e fattispecie riportata nel *report* di sintesi (Alpay *et al.*, 2009); ponendo attenzione al modo in cui i contenuti vengono formulati; curando nel dettaglio la struttura e la grafica del quadro descrittivo, anche attraverso il ricorso a *immagini e simboli evocativi* (pensiamo allo *star rating* per indicare il livello di performance, al ricorso a segni (+) e (–) per indicare il *trend*) ecc. (Hibbard *et al.*, 2002). Negli Stati Uniti, ad esempio, è molto diffuso, anche in ambiti diversi da quello medico-sanitario, il sistema delle «frequently asked questions»: si tratta di un meccanismo che potrebbe rivelarsi particolarmente efficace (soprattutto se concepito come adattivo) nell'ovviare alle perplessità più comuni e nel guidare passo dopo passo l'utente verso una scelta coerente con le evidenze riportate;

- delle determinanti della scelta ovvero di quegli elementi strutturali e culturali che giocherebbero un ruolo importante nell'efficacia della *public disclosure*:

- a) *consolidato ruolo di gatekeeping del Mmg*: in un sistema sanitario strutturato in modo tale che la domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere non emergenziali (di cura e diagnostica) sia veicolata dal medico di medicina generale, non si deve sottovalutare l'attitudine del paziente-consumatore a seguire passivamente le indicazioni del *gatekeeper*;

- b) *criteri in base ai quali il paziente-consumatore formula la sua decisione*. È verosimile ipotizzare che per il comune cittadino uno degli indicatori più salienti della qualità di un servizio sia dato dall'evento pregresso di cura/diagnosi presso la struttura stessa: se

l'esperienza è stata positiva, il soggetto tenderà a reiterare la scelta; se è stata negativa si rivolgerà altrove. Si consideri che la percezione della qualità della prestazione ricevuta può essere fortemente alterata da fattori di rilevanza secondaria rispetto all'esito delle cure (gentilezza del personale, livello di comfort degli spazi adibiti al servizio ecc.) e che il giudizio personale maturato sul singolo servizio, riferibile al singolo reparto, tende a estendersi alla struttura ospedaliera nel suo complesso, in una valutazione generale, generica e sintetica del luogo di cura. In questo quadro, occorre tenere presente che la vicenda empirica del paziente-consumatore spesso non corrisponde alla situazione rappresentata dalle stime di esito: un tasso di mortalità a trenta giorni dal ricovero per Ima del 17% (dunque altissimo) sottintende, ad esempio, che più di otto persone su dieci siano comunque sopravvissute, nel periodo considerato, all'episodio di infarto. Un'informazione in contrasto con l'opinione che l'individuo, sulla base della sua storia personale, ha sviluppato dell'ospedale, anche se chiara e intellegibile, rischia, pertanto, di risultare poco credibile agli occhi dell'utenza.

Da un'indagine pubblicata nel 2003 su *Mecosan* (Al Farraj *et al.*, 2003) emergono altri elementi interessanti:

- per i cittadini italiani il parametro fondamentale di selezione del luogo di cura è la *reputazione* della struttura;
- la reputazione dell'ospedale è in buona parte legata alla diretta conoscenza del medico che lavora in un suo reparto;
- appaiono determinanti alcune considerazioni umanistico-relazionali come la soddisfazione riferita da conoscenti (familiari, amici).

Questi aspetti possono essere considerati come fattori impeditivi di un effettivo *empowerment* dei cittadini o, al contrario, come leve sulle quali agire per ottenere i risultati voluti, coinvolgendo, ad esempio, i Mmg nel processo informativo-educativo e impegnandosi a trasformare la reputazione da una variabile soggettiva e arbitraria in una variabile oggettiva. Si pensi agli *scoop* sui singoli casi di malasana: un caso isolato di errore medico è in grado di produrre effetti più dirom-

penti di un tasso di mortalità standardizzata molto al di sopra della media nazionale. Il motivo del successo di questa (dis)informazione nel traghettare quote considerevoli di utenza dagli ospedali sotto inchiesta ad altre strutture riposa proprio sul danno all'immagine che la denuncia pubblica produce.

Le considerazioni fin qui svolte servono a dare un'idea chiara della complessità dell'argomento. Nel valutare la *public disclosure* come possibile opzione di comunicazione e utilizzazione dei risultati PNE, non si può prescindere dalla riflessione intorno ai numerosissimi ostacoli che l'operazione di divulgazione incontrerebbe. In altre parole, se si sceglie la strada dell'enfaticizzazione della libertà di scelta da parte dei pazienti, le implicazioni da valutare non sono soltanto le conseguenze *dell'empowerment*, ma anche gli sforzi e i costi per realizzarlo.

In questo quadro, è opportuno considerare il supporto attivo che gruppi e associazioni di cittadini e pazienti possono dare nei processi di sensibilizzazione, *informazione civica* e orientamento alla qualità.

3.3. Possibili effetti negativi

Supponiamo, ora, che non ci siano barriere nell'accesso alle informazioni sugli esiti e che i cittadini-pazienti siano in grado di acquisire tutti gli elementi conoscitivi necessari a compiere una scelta razionale e ad attivare le leve di selezione e pressione (§ 3.1.). Quali sono le possibili conseguenze inintenzionali di questa maggiore consapevolezza? Nell'analisi delle possibili ricadute negative, è opportuno soffermarsi su due aspetti fondamentali:

- la concreta esercitabilità del diritto di scelta;
- lo *shift* (effettivo o potenziale) dalle strutture di minore qualità a quelle di alta qualità.

Una volta acquisite le informazioni utili nella scelta della struttura migliore, i cittadini sono tutti effettivamente in grado di rivolgersi all'ospedale selezionato? Indirizzare le proprie preferenze verso una struttura diversa da quella più vicina al luogo di residenza potrebbe costituire per molti individui un'alternativa difficilmente praticabile. Più preci-

samente, quanto più la struttura prescelta è lontana, tanto più proibitive risultano, per i soggetti con un tenore di vita basso, le spese di trasporto, di alloggio per i familiari, di assenza dal lavoro ecc; se la scelta individuale si basa su un calcolo costi-benefici, il quale ha inevitabilmente una componente soggettiva, alcuni cittadini-pazienti potrebbero valutare non vantaggioso correggere le loro preferenze. È l'antico dilemma riguardo al giusto *trade-off* tra equità e libertà.

Le perplessità potrebbero collocarsi a monte e riguardare, anziché i possibili effetti discriminatori, l'illogicità intrinseca dell'impostazione di fondo: a prescindere dalle disponibilità economiche, il costo della responsabilizzazione dei produttori dei servizi non può gravare sui pazienti-consumatori. Se si vogliono ingenerare processi virtuosi promuovendo e favorendo lo *shift* della domanda verso *setting* assistenziali più efficaci, occorre pensare a meccanismi atti a non far ricadere sui cittadini gli oneri della mobilità. Innestare strumenti di monitoraggio e valutazione in realtà impreparate ad accoglierli può produrre effetti fortemente distorsivi. Con ciò non si vuole escludere la fattibilità della *public disclosure* in Italia ma richiamare, ancora una volta, l'attenzione sulla necessità di prevedere e implementare canali ed elementi *accessori* di miglioramento della qualità delle cure. Un contributo in questa direzione potrebbe venire dall'esperienza scandinava nella gestione del problema delle liste d'attesa. Si può prevedere, dove la struttura sanitaria è in difetto (perché, ad esempio, non garantisce l'intervento di PTCA entro 8 ore dall'episodio di Ima o l'intervento al collo del femore entro 48 ore dalla frattura), che il paziente possa rivolgersi ad altri soggetti (pubblici o privati) a completo carico dell'ospedale di bassa qualità (se l'anomalia è a livello di singola struttura) o delle autorità sanitarie della zona dove risiede il paziente (se le carenze sono, invece, a livello di committenza/tutela). Anziché definire regole sanzionatorie applicabili laddove non vengano garantiti standard adeguati, si potrebbe prevedere un sistema di incentivazione che incoraggi i cittadini-pazienti a selezionare la struttura migliore, compensando, nell'eventualità in cui i servizi di alta qualità siano localizzati in zone lontane dalla Asl di appartenenza, l'utilità derivante dalla scelta

di un luogo di cura più vicino all'abitazione con benefici di natura economica: pensiamo, ad esempio, alla possibilità di applicare una riduzione dell'entità delle compartecipazioni alla spesa sanitaria (ticket o altre forme di *pay as you go*) tutte le volte in cui la scelta del cittadino si orienta verso i servizi di maggiore qualità.

L'abbandono delle strutture di bassa qualità a favore di quelle migliori è una delle leve grazie alle quali la consapevolizzazione dell'utenza favorisce una maggiore qualità dei servizi. Tuttavia, si possono ipotizzare diverse possibili conseguenze negative riconducibili allo *shift*.

– Impossibilità per gli ospedali migliori di rispondere tempestivamente e adeguatamente alle esigenze di cura e/o diagnosi, a causa di improvviso sottodimensionamento delle infrastrutture, carenza di personale, insufficienza di attrezzature ecc. Il rischio è che buona parte della *domanda* rimanga *insoddisfatta* e che l'incapacità di rispondere ai bisogni sanitari venga registrato come abbassamento del livello qualitativo dei servizi resi dalla struttura.

– Ridimensionamento (in un sistema di remunerazione effettivamente basato su tariffe predeterminate per prestazione erogata) delle risorse degli ospedali di livello inferiore, con tutto ciò che comporta in termini *occupazionali* (pensiamo non soltanto al personale medico, paramedico, infermieristico e amministrativo ma anche a tutti i lavoratori coinvolti nei servizi esternalizzati di lavanderia, pulizia, mensa ecc.).

– *Selezione avversa e aumento dell'inappropriatezza* (Dranove *et al.*, 2003; Werner, Asch, 2005):

a) tendenza dei produttori dei servizi a non intraprendere interventi o percorsi terapeutici per i casi ad alta probabilità di esito negativo. Nel momento in cui si attivano strategie di scrematura della casistica trattata, la cascata di conseguenze è potenzialmente inarrestabile: la discriminazione potrebbe estendersi al di là della selezione dei pazienti sulla base della gravità manifesta del caso e poggiare sulle caratteristiche socio-economiche ed etnico-razziali degli individui, entrambe inequivocabilmente associate a condizioni di salute deteriori e a esiti meno favorevoli;

b) spostamento verso i casi meno gravi per mantenere elevato o aumentare il volume di attività (crescendo il denominatore del rapporto, gli esiti negativi si spalmano su una popolazione più ampia) e la probabilità di riuscita, con conseguente aumento dell'inappropriatezza clinica e danno potenziale per i pazienti che non necessitano dell'intervento/trattamento;

c) eccessivo ricorso a interventi diagnostici, a prescrizioni farmaceutiche e terapeutiche ecc. per scongiurare errori di valutazione;

d) costo sociale delle pratiche di selezione discriminatoria (legato, ad esempio, all'estensione dei tempi d'attesa sia per i pazienti ad alto rischio sia per i casi meno complessi, finalizzata ad accertare l'esistenza di eventuali condizioni di rischio).

I fenomeni di selezione avversa e inappropriatezza potrebbero, infatti, non essere sempre tempestivamente rilevati dai modelli di aggiustamento per condizioni al ricovero (gravità e comorbidità).

– Manipolazione dei dati dei sistemi informativi, inserendo falsi fattori di rischio e patologie concomitanti per rendere più «generoso» l'effetto del *risk adjustment* (Werner, Asch, 2005).

– Connotazione negativa che l'incoraggiamento della mobilità (interregionale) assume per le regioni di partenza. Le trasferte per esigenze di cura hanno fatto sì che nel 2007 le Regioni del sud Italia pagassero, in termini di mancate entrate, 960 milioni di euro: i tre quarti dell'Irap versata dalle piccole imprese del Mezzogiorno è servita a pagare le Asl e gli ospedali del centro e del nord del paese (Rapporto Confartigianato). La *public disclosure* può, dunque, considerarsi compatibile con gli attuali meccanismi di compensazione interregionale della mobilità sanitaria?

– Sopravvenuta incoerenza con il contesto fisico e pianificatorio di un territorio. È opportuno considerare che una struttura ospedaliera si inserisce in un contesto pianificatorio più ampio che concorre a ottimizzarne il funzionamento a regime. Pertanto qualsiasi operazione di implemento, riduzione o soppressione della struttura stessa deve essere opportunamente ponderata tenendo conto

dello scenario contestuale, sia esso fisico reale o di possibile modificazione.

Alcune delle conseguenze inintenzionali dello *shift* verso gli ospedali migliori non hanno origine dalla *public disclosure* in quanto tale, ma dalla forza sanzionatoria di cui dispone il lato della domanda in ogni sistema di scambio di beni e servizi. In un settore come quello sanitario, caratterizzato da una forte asimmetria informativa, la trasparenza sui diversi livelli di qualità esistenti sul mercato renderebbe possibile l'esercizio di questo potere. Tutte le volte in cui i diversi consumatori (finali o non) vedono potenziate le loro facoltà di valutazione, è verosimile che aggiustino le loro preferenze verso gli standard qualitativi più alti; la maggiore severità di giudizio può indurre, a sua volta, i produttori di servizi a innescare meccanismi distorsivi di autodifesa. Tali reazioni, dunque, potrebbero in potenza prodursi a prescindere dall'opzione prescelta di comunicazione e di utilizzazione delle stime di esito, nonché dalla circostanza che il soggetto destinatario ricorra o meno a esse per attivare gli strumenti di selezione e pressione. Alcune delle considerazioni sopra elencate sono, pertanto, replicabili nelle analisi relative alle altre popolazioni bersaglio e nella riflessione intorno ai meccanismi psicologici per mezzo dei quali la sola *applicabilità* di sanzioni indurrebbe i produttori di servizi a sviluppare una risposta che, a seconda delle circostanze, può configurarsi come virtuosa o elusiva.

Ancora in tema di possibili conseguenze negative non riconducibili a una singola alternativa di impiego dei dati (anche se non necessariamente in relazione all'effetto *shift*), va considerato il c.d. *effetto tunnel*, ovvero il fenomeno di eclissi su tutti gli aspetti dell'assistenza non oggetto di misurazione che si produce dalla valutazione degli esiti di alcuni interventi/trattamenti sanitari. Focalizzare l'interesse su determinate aree cliniche o attività rischia di distogliere l'attenzione di utenti, produttori di servizi, regolatori ecc. dalle prestazioni sanitarie non valutate. Il rischio è quello di ottenere miglioramenti settoriali dell'assistenza a scapito dello standard qualitativo di prestazioni fondamentali, congelando per tali servizi lo sforzo correttivo o addirittura favorendo comportamenti opportunistici di riduzione o rimozione di

queste funzioni dall'offerta sanitaria dei singoli produttori (strutture e/o professionisti).

Si consideri, infine, che, una volta avviato il sistema di monitoraggio, valutazione e comunicazione dei dati PNE, enti diversi da Age.Na.S. o da altri soggetti del Ssn (pubblici o privati e più o meno scervi da condizionamenti esterni e/o conflitti di interesse) potrebbero sviluppare modelli altri di rilevazione e divulgazione delle stime di esito.

Il pluralismo è sempre un'opportunità di confronto, di competizione positiva e, quindi, di crescita qualitativa: la presenza sul mercato di diversi competitori, che propongono dati e sistemi di misurazione differenti, stimola il settore a investire nella programmazione e nell'implementazione di meccanismi di valutazione comparativa sempre più efficaci. È evidente, però, che, nel momento in cui si assistesse a una moltiplicazione dei centri informativi, si porrebbe il problema di verificarne l'attendibilità, tanto più nell'ipotesi in cui gli indicatori descrivessero realtà reciprocamente difformi. Il controllo sull'affidabilità delle fonti è un altro di quei compiti che non può essere lasciato al paziente-consumatore, sia perché privo delle conoscenze necessarie a valutare la correttezza di una rilevazione sia perché dalla lettura di informazioni contraddittorie si svilupperebbe quel *sensu di sfiducia* e scetticismo (Marshall *et al.*, 2000a) che in Usa e nel Regno Unito ha di molto contribuito alla scarsa presa dei *report* presso il comune cittadino.

4. Medici di medicina generale

4.1. Leve attivabili - obiettivi intermedi

Molti degli ostacoli sopra evidenziati a un'efficace utilizzazione degli indicatori di esito da parte dei consumatori finali dei servizi sanitari sono alla base di quello che si definisce *fallimento del mercato* in sanità e, parallelamente, della giustificazione dell'intervento pubblico nel settore. La qualificazione dei servizi sanitari come *experience goods* (beni, cioè, valutabili solo *ex post*, a consumo avvenuto) e la circostanza che l'acquisizione di informazioni in campo medico risulta tecnicamente complessa fanno sì che la scelta del paziente medio dipenda in larga misura dalle indicazioni dei professionisti sanitari e, in particolare, dei Mmg e che tale

dipendenza sia la soluzione socialmente ed economicamente preferibile. Come per tutta la conoscenza medico-sanitaria, anche per quanto riguarda gli indicatori di esito, può risultare opportuno considerare la possibilità di avvalersi della funzione di *mediazione tecnica* del Mmg. Sia che si scelga di privilegiare la strada della *public disclosure* sia che si preferisca non rendere la valutazione di esito di pubblico dominio, il Mmg, nel suo ruolo di interfaccia tra domanda e offerta, può costituire l'effettiva leva di potenziamento qualitativo del sistema sanitario

– facendo da *supporto* attivo ai cittadini nell'intercettazione e nella comprensione delle informazioni;

– *veicolando* la domanda di prestazioni sanitarie verso i produttori dei servizi migliori.

Le due leve non devono essere necessariamente considerate come reciprocamente escludibili. Al contrario, alla luce della forte eterogeneità socio-culturale dell'utenza, la combinazione di una funzione di agenzia forte e di una debole consentirebbe, in potenza, di intercettare una quota maggiore di cittadini-pazienti. In questo modo, alla pluralità di categorie di assistiti è possibile accostare differenti equilibri relazionali medico-paziente.

I modelli comportamentali dei cittadini-consumatori si snodano lungo un continuum virtuale che vede ai due estremi opposti l'utente informato e consapevole (identificabile, in linea di massima, nel cittadino giovane e scolarizzato) e l'utente completamente soggetto al potere asimmetrico della medicina. In questo quadro, il Mmg è chiamato a modulare il suo potere orientativo in relazione al grado di autonomia decisionale dell'assistito, valutando, di volta in volta, se astenersi da ogni intervento, educare all'utilizzo, colmare le lacune conoscitive e/o informative del paziente, guidare l'assistito nella scelta, sostituirsi completamente ad esso nella selezione. Il vantaggio sta nel consentire ai consumatori di selezionare *liberamente* l'offerta qualitativamente più valida, prevenendo, al tempo stesso, pericolose sperequazioni.

D'altra parte, istruire esclusivamente i Mmg sugli esiti dei diversi produttori di servizi presenta l'indubbio vantaggio di porre tutti gli assistiti sullo stesso piano, indipendentemente dal profilo del singolo e dalla

sua capacità di intercettare e comprendere autonomamente le informazioni.

4.2. Possibili impedimenti

Nel valutare questa possibilità, occorre considerare l'attuale modello decisionale dei Mmg: studiare quali siano a oggi i criteri di selezione aiuta, infatti, a identificare il contesto nel quale i parametri qualitativi andranno a innestarsi.

In letteratura (Al Farraj *et al.*, 2003) emerge come, per i Mmg, le principali determinanti della scelta del luogo di cura cui indirizzare i propri assistiti siano:

- la collaborazione con la struttura di riferimento (appartenenza alla stessa Asl; canali preferenziali con determinati presidi ospedalieri ecc.);

- la reputazione dell'ospedale, a sua volta legata alla presenza di specialisti validi e noti e all'esperienza di cura o diagnosi dei propri assistiti (tassi di guarigione percepiti dal medico e livello di soddisfazione riportato dai pazienti).

Si tratta di criteri fortemente soggettivi, i quali possono essere sintomatici di una tendenza dei Mmg a rimanere nell'ambito di una rete professionale il cui collante è dato dalla conoscenza personale, ma anche della volontà di sopperire alla mancanza di riferimenti oggettivi attraverso l'unico mezzo disponibile, il riscontro diretto. Nel primo caso, saremmo dinnanzi a una resistenza culturale che deve essere rimossa se non si vuole mortificare il tentativo di razionalizzazione della domanda; nel secondo caso, è invece probabile che la sola possibilità di consultare in maniera sistematica stime di esito possa distogliere l'attenzione da elementi di valutazione aleatori.

L'opzione di accostare strategie di *empowerment* al modello tradizionale di delega delle decisioni medico-sanitarie sembra incontrare difficoltà applicative minori rispetto all'ipotesi di potenziamento della sola funzione di agente del Mmg. Quest'ultima, infatti, non terrebbe conto della quota considerevole di utenza che oggi giorno appare sostanzialmente svincolata dal meccanismo di intermediazione (la fascia di assistiti definiti in letteratura come *independent-actives* (Al-

pay *et al.*, 2009), ma anche i pazienti con patologie croniche o comuni rispetto alle quali il consumatore è sempre più frequentemente manager di se stesso) e della impossibilità del medico ad agire da *gatekeeper* nel caso di prestazioni ospedaliere urgenti. È vero che nelle emergenze (ad esempio, di ricovero per Ima) è irrealistico immaginare tanto la richiesta di un parere al Mmg quanto la lettura dei dati online. Tuttavia, è possibile ipotizzare che a fini meramente conoscitivi prima, cioè, che emerga il bisogno di salute, sia più plausibile che il cittadino ricorra a fonti mediate (ad esempio, un sito internet dedicato), piuttosto che si documenti dal medico di famiglia riguardo al *best performer*. In questo senso, la *public disclosure* risulta essere più congeniale, rispetto all'eventuale affissione dello star rating nello studio del Mmg, alla consultazione preventivo-cautelativa delle informazioni sugli esiti.

La questione torna a essere di natura equitativa: sembrerebbe che, per le prestazioni in emergenza, sia meno fattibile colmare il *gap* conoscitivo grazie all'ausilio del Mmg e che si possano, quindi, riproporre i problemi di discriminazione *ex ante* sopra esaminati (§ 3.2.).

Inoltre, non bisogna immaginare la categoria dei medici di medicina generale come una popolazione omogenea ma come un insieme di professionisti dotati di un proprio bagaglio conoscitivo ed esperienziale. Anche se su un piano diverso rispetto all'utenza, è possibile riscontrare tra i Mmg le stesse differenze, gli stessi divari nella padronanza di certi strumenti informativi e nella probabilità di cadere in errori deduttivi riguardanti la natura statistica dell'informazione (Gigerenzer *et al.*, 2007). Se non si prevedono programmi di formazione efficaci, si rischia di lasciare nuovamente al caso l'intercettazione dei produttori dei servizi di alta qualità, ovvero alla fortuna di essere assistiti da un professionista più competente di altri.

4.3. Possibili effetti negativi

Le possibili conseguenze inintenzionali di questa opzione di utilizzazione delle stime di esito sono le stesse di quelle individuate a proposito della *public disclosure*. Del resto, non potrebbe risultare diversamente, essendo

il Mmg qui considerato in veste di rappresentante del cittadino-consumatore.

È opportuno, però, fare un'ultima considerazione. Soprattutto nel momento in cui si scegliesse di perseguire il miglioramento qualitativo del servizio sanitario rafforzando il ruolo di agente del Mmg, bisognerebbe ripensare l'intero sistema di *access and admission* sanitaria. Se è il medico generico a dover convogliare la domanda di prestazioni verso le strutture ospedaliere di alta qualità, dovrebbe non limitarsi a consigliare il paziente di rivolgersi alla struttura migliore ma, con il consenso e la partecipazione di quest'ultimo, provvedere in prima persona alla verifica della disponibilità, alla valutazione dei tempi di attesa e alla prenotazione delle prestazioni (compresi i ricoveri). Anche in questo caso il problema consiste nel non far ricadere il costo della responsabilizzazione dei produttori sul cittadino, costringendolo a confrontarsi con sistemi di prenotazione farraginosi e inefficienti, incapaci di inglobare il dato di qualità e di plasmarsi su quelle che sono le condizioni socio-economiche e i bisogni di salute dell'assistito. Il servizio c.d. *Dottor-Cup* (numero verde utilizzabile esclusivamente dal Mmg per la prenotazione diretta di visite ed esami prioritari da erogare entro due o tre giorni al massimo), avviato in fase sperimentale in alcune realtà regionali, potrebbe costituire un buon punto di partenza. Tuttavia, un servizio che aspiri a essere veramente efficiente vorrebbe che tutti i produttori (pubblici e privati accreditati) mettessero a disposizione le agende degli appuntamenti in un sistema informatico integrato, disponibile direttamente ai Mmg.

Chiaramente, questa opzione di comunicazione presenterebbe problematiche diverse (molte delle quali verranno trattate nel capitolo relativo alla committenza) nel momento in cui le valutazioni di PNE, attualmente concentrate sul sistema ospedaliero, si estendessero all'assistenza di base, dove il Mmg è anche produttore di servizi.

5. Committenza

Per committenza intendiamo quell'insieme di soggetti che, in quanto assegnatari dei fondi, sono preposti, nell'assetto istituzionale e operativo dei diversi sistemi regionali, alla definizione degli accordi di erogazione

con i produttori dei servizi sanitari: essenzialmente le Asl e le Regioni, ma anche altri potenziali sponsor o terzi pagatori.

5.1. Leve attivabili - obiettivi intermedi

Quali sono i canali attraverso i quali la committenza può servirsi degli indicatori di esito per promuovere la qualità dei servizi ospedalieri?

– *Scelta* – Consapevolizzare le istituzioni preposte alla definizione del panorama dei servizi sanitari in merito alla dimensione qualitativa dell'offerta consente loro di improntare le *procedure selettive* a criteri di efficacia e di appropriatezza,

a) negando, sospendendo o revocando l'*accreditamento* in caso di accertamento di esiti insoddisfacenti;

b) negando, sospendendo o revocando l'*autorizzazione* in caso di accertamento di esiti insoddisfacenti.

Se nell'istruttoria tecnica per la valutazione del possesso dei requisiti si considerassero anche parametri di risultato, le strutture candidate sarebbero incentivate a raggiungere livelli adeguati di efficacia nell'erogazione del servizio. Fissando, indipendentemente dalla natura giuridica della proprietà/gestione, standard minimi per le strutture nuove e obiettivi di risultato per gli ospedali già autorizzati o accreditati, si alzerebbero le barriere all'entrata e si ridimensionerebbero quelle all'uscita, così da garantire una tutela valida e sostanzialmente uniforme su tutto il territorio.

A livello teorico, la relazione tra tali premesse e deduzioni appare piuttosto lineare: se un ospedale non è in grado di garantire determinati standard qualitativi, non può essergli accordato di operare sul suolo nazionale, né tantomeno essere riconosciuto come idoneo a erogare prestazioni per conto del Ssn o del Ssr. A livello pratico, l'attivazione di queste leve è destinata a scontrarsi con la configurazione che gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento hanno assunto nella prassi applicativa di molte Regioni.

– *Pressione* – Le Asl, nei modelli regionali che le vedono assegnatarie della maggior parte delle risorse e, quindi, responsabili per

la definizione degli accordi con gli erogatori, o la Regione, nei modelli nei quali le Asl sono assegnatarie di una parte soltanto dei fondi, mentre la definizione degli accordi con gli ospedali indipendenti resta di sua competenza (Arcangeli, 2010), possono, in linea con gli indirizzi di miglioramento della qualità e il quadro regolativo regionale, rivedere le destinazioni e definire *contrattualmente* le modalità di remunerazione delle prestazioni alla luce degli indicatori di esito:

a) in chiave incentivante → erogazione di nuove risorse, condizionata alla programmazione e implementazione di strategie correttive (1^a fase) e al conseguimento di determinati obiettivi di efficacia (2^a fase);

b) in chiave sanzionatoria → comminazione di penalità ai produttori di servizi di bassa qualità (ad esempio riduzione o sospensione del pagamento delle prestazioni) prevedendo o meno premi per gli ospedali migliori;

c) in chiave premiante → riconoscimento di finanziamenti aggiuntivi alle strutture migliori in modo da stimolare gli ospedali che riportano livelli qualitativi inadeguati a innalzare lo standard del servizio;

d) in modo proporzionale ai risultati → rimodulazione delle tariffe sulla base degli esiti: la remunerazione è piena laddove sono rispettati gli standard previsti, ridotta in caso contrario.

Sollecitazioni esterne al miglioramento degli esiti, anziché alla struttura ospedaliera, possono essere rivolte:

– ai direttori generali delle Aziende ospedaliere, in qualità di soggetti responsabili dei risultati dei singoli ospedali;

– ai direttori generali delle Asl, quando i presidi ospedalieri sono a gestione diretta delle stesse;

– ai dirigenti dei servizi ospedalieri e/o agli specialisti ai quali sono attribuibili gli esiti;

– ai dirigenti dei servizi territoriali e/o ai Mmg, quando le stime sono indicative della qualità dell'assistenza primaria.

In modo analogo, le leve motivazionali sono attivabili grazie alla previsione di sistemi premianti (indennità di risultato), di meccanismi sanzionatori (trattenute economiche sulla retribuzione) e di modelli che legano

l'entità dei corrispettivi economici alla qualità dei servizi erogati.

5.2. Possibili impedimenti

Domandarsi se nell'esperienza di altri Paesi la comunicazione degli esiti ai committenti dei servizi sanitari abbia modificato i criteri di selezione e di remunerazione dell'offerta rischia, per molti versi, di risultare fuorviante. Il dato statunitense (che, tra l'altro, non fa riferimento a informazioni rivolte *nello specifico* alla popolazione bersaglio ma alla risposta dei *purchaser* alla *public disclosure*) rimane, viste le forti disparità sistemiche tra i due modelli, di modesta rilevanza ai fini di una corretta analisi del caso italiano; analogamente, è di minimo aiuto l'esempio di esperienze internazionali che si muovono all'interno di un modello universalistico di sanità. La possibilità di dare rilievo ed enfasi ai risultati è, infatti, strettamente vincolata al paradigma organizzativo prescelto, a prescindere dal sistema di finanziamento. In particolare, in assenza di una reale separazione tra chi produce i servizi e chi li acquista per conto degli utenti, è difficile che la consapevolizzazione della committenza sul livello qualitativo dei servizi erogati possa dare i suoi risultati migliori. La commistione dei ruoli di acquirente e offerente e di controllato e di controllore, inibendo quel contrasto di interessi che è la necessaria premessa per l'introduzione di elementi pro-competitivi (Ugolini, 2004), è certamente da annoverare tra i possibili impedimenti a un efficace impiego delle informazioni sugli esiti.

Da questo punto di vista, l'eterogeneità tra Regioni è abbastanza significativa. Forti differenze si riscontrano, non soltanto nella proporzione interna tra aziende ospedaliere e presidi a gestione diretta delle Asl e nell'articolazione delle funzioni di committenza/tutela e di produzione ma anche nella valenza che l'accreditamento assume in ciascuna realtà territoriale (Ugolini, 2004).

Non è, tuttavia, da escludere che sia la stessa accessibilità all'informazione a spingere da una parte le Regioni ad abbandonare i modelli integrati e a optare per una piena emancipazione della funzione di acquisto da quella di produzione, dall'altra la committenza a un potenziamento degli strumenti selettivi di cui già dispone (autorizzazione e accre-

ditamento). Introducendo criteri di scelta più rigidi e trasformando quello che a oggi è un mero meccanismo di rimborso in un sistema di contrattazione su quantità, prezzo e qualità delle prestazioni, sarebbe possibile elevare la committenza a effettivo pianificatore e organizzatore del servizio integrato. Si tratta, quasi sempre, di rendere applicativi scenari già previsti sulla carta o di correggere e dare maggiore forza a meccanismi già operativi.

Se gli standard qualitativi divenissero criterio di selezione delle strutture erogatrici e oggetto di accordo contrattuale (così che la violazione dei requisiti stabiliti sia associata a determinate conseguenze sanzionatorie), la funzione di tutela potrebbe assumere una connotazione ben più ampia di quella attuale. In questo quadro, promozione della qualità e ricerca di una più razionale allocazione delle risorse vanno di pari passo. Si pensi, ad esempio, alla necessità, nei casi in cui gli esiti per popolazione siano più favorevoli rispetto alla media nazionale ma i presidi ospedalieri si pongano come *outlier* negativi, di prendere atto dei flussi di mobilità sanitaria, immaginando un tavolo di negoziazione tra la committenza e gli ospedali collocati al di fuori del territorio regionale o dell'area Asl, così che sia possibile concordare condizioni più vantaggiose di erogazione dei servizi per i propri assistiti. Si pensi alla necessità di convertire l'accreditamento da un riconoscimento di idoneità *overall* in un'abilitazione all'erogazione per conto del Ssn/Ssr di alcune determinate prestazioni, selezionate, di volta in volta, sulla base di una pianificazione del servizio locale, coerente con i bisogni di salute della popolazione, i costi di erogazione e gli standard di cura offerti.

Anche l'ipotesi di rimodulazione delle tariffe e, in generale, i diversi meccanismi di *pay for performance* (P4P) devono essere valutati alla luce delle caratteristiche sistemiche del sistema sanitario. È chiaro, ad esempio, come interventi di questo tipo non possano considerarsi perfettamente compatibili con le diverse forme di extra-finanziamento previste per le strutture ospedaliere del Ssn (montante compensativo, ripiano puro o, addirittura, sovrafinanziamento). Il problema di *rischio morale* legato alle aspettative delle strutture sanitarie riguardo a interventi di integrazione o di ripiano dei disavanzi generati dalla gestione (*soft budget constraint*) rap-

presenta un ostacolo tutt'altro che trascurabile alla responsabilizzazione dei *provider*.

In altre parole, alcune opzioni di utilizzazione degli indicatori di esito da parte della committenza richiedono un maggior gradiente di competitività tra soggetti erogatori, sia pur restando nell'ambito di una programmazione negoziata e rigettando i rischi connessi all'applicazione di una competizione effettiva. In questo quadro, le Asl, in veste di agenti (sponsor) dei propri assistiti e alla luce di quelle che sono le esigenze locali di tutela, sarebbero chiamate a selezionare i produttori pubblici e privati, o meglio singoli reparti o singole funzioni, sulla base di criteri anche qualitativi. Altri strumenti, in particolare la modulazione tariffaria, presuppongono, invece, l'accettazione di quei rischi: insistere su interventi di ripiano delle situazioni finanziarie precarie per scongiurare il fallimento degli ospedali pubblici, renderebbe poco credibile e quindi poco stringente l'applicazione di leve motivazionali economiche (Ugolini, 2004).

A loro volta, devono essere opportunamente valutate le implicazioni di questi scostamenti dagli schemi attuali.

Al di là degli attriti strutturali, possibili resistenze possono originare da impostazioni etico-culturali legate alla concezione della figura del medico e del suo ruolo. Rispetto alle problematiche poste dall'ipotesi di modulazione tariffaria, la differenziazione remunerativa per i Mmg e per i medici specialisti non sembra confliggere con l'opzione ideologico-valoriale alla base del modello italiano di sanità. Può, tuttavia, considerarsi moralmente accettabile che i medici modifichino i loro schemi comportamentali sulla base di incentivi di natura economica? È eticamente ammissibile che la loro leva motivazionale sia identificata nella prospettiva di maggiori guadagni piuttosto che nello stesso benessere psicofisico dell'assistito?

Nell'esperienza internazionale, sono spesso gli stessi medici a percepire i sistemi di incentivazione economica come un'imposizione dall'alto che minaccerebbe la loro autonomia e metterebbe in dubbio la loro capacità di operare adeguatamente in assenza di sollecitazioni esterne (McDonald, Roland, 2009).

Gli indicatori di esito svolgono per i medici un ruolo assimilabile a quello delle *li-*

nee guida (Werner, Asch, 2005), limitando fortemente la discrezionalità professionale e riconducendo entro i confini dell'*evidence based* le pratiche mediche. I fenomeni di *dissonanza cognitiva* che si originano tutte le volte in cui un'informazione contrasta con il proprio comportamento abituale e la percezione della propria funzione ridotta a meri tecnicismi non aiutano alla diffusione di una cultura della qualità (Mangin, Toop, 2007). Tuttavia, le resistenze culturali (le quali potrebbero non interessare allo stesso modo tutte le categorie di medici) si manifestano, generalmente, soltanto nella fase iniziale di attivazione del modello P4P e possono essere verosimilmente superate attraverso il coinvolgimento attivo dei professionisti nella progettazione sia del sistema di rilevazione sia del sistema di modulazione del trattamento economico.

5.3. Possibili effetti negativi

Il giudizio sulle diverse opzioni di comunicazione e utilizzazione dei risultati di esito fa perno sulla loro rispettiva *utilità economica*, intesa come differenza tra benefici e svantaggi considerati entrambi sia in termini di effetti sulla salute sia in termini finanziari.

Alcuni dei possibili effetti negativi della comunicazione e utilizzazione degli esiti a livello di committenza sono comuni a ogni meccanismo sanzionatorio:

– *Selezione avversa e aumento dell'inappropriatezza*. Tutte le volte in cui a determinati risultati sono associati penalizzazioni o premi, la propensione delle strutture e dei medici a porre in essere pratiche di selezione e scrematura della casistica trattata è difficilmente contrastabile:

a) per quanto un metodo di *risk adjustment* compensi l'influenza sulle misure di esito della differente gravità/comorbidità/complessità di ogni paziente, non sarà mai possibile annullare tale condizionamento. In modo parallelo non è possibile eliminare la tendenza dei produttori dei servizi a selezionare i pazienti sulla base di quelle caratteristiche predittive degli esiti che sono inosservabili o difficilmente misurabili (Dranove *et al.*, 2003);

b) le differenze negli esiti tra produttori di servizi di bassa qualità e produttori di servizi di alta qualità è maggiore nel trattamento dei pazienti più gravi (Dranove *et al.*, 2003).

– Manipolazione dei dati dei sistemi informativi da parte dei soggetti monitorati.

– *Riduzione dell'indotto per gli ospedali e i medici che fanno registrare esiti inadeguati*.

– *Sopravvenuta incoerenza con il contesto fisico e pianificatorio del territorio*.

Richiamiamo, per completezza, l'*effetto tunnel* e l'*ipotesi estrema di rimozione dall'offerta sanitaria dei trattamenti/terapie con esiti positivi ma non oggetto di misurazione*.

È tuttavia, possibile identificare potenziali effetti negativi che sono specifici di tutte o alcune opzioni di impiego degli indicatori di esito da parte della committenza.

– *Manipolazione delle stime da parte della committenza* per giustificare fini politico-organizzativi non necessariamente conciliabili con il benessere dei cittadini-pazienti e del sistema sanitario nel suo complesso. Ad esempio, lasciare alla discrezionalità politico-amministrativa la scelta del livello al quale testare la significatività statistica dei risultati osservati, potrebbe non costituire la soluzione preferibile.

– *Possibili svantaggi prodotti dall'allontanamento dal modello di integrazione verticale* (Belli, 1997):

a) *Costi di transazione legati al potenziamento dell'istituto dell'accreditamento* e associati al costo-opportunità di cambiare controparte contrattuale (sforzo dei contraenti per giungere a un accordo, costi che si sostengono per far rispettare quanto concordato ecc.);

b) *Problemi di hold-up* (scarsa propensione dei produttori dei servizi all'investimento in condizione di assenza di garanzie sulla stabilità nel tempo della relazione) o, al contrario, *fenomeni di lock-in* generati dal carattere *relation-specific* dell'investimento, che, annullando di fatto i benefici pro-competitivi della separazione tra committenza-tutela e produzione, ripropongono il rischio di comportamenti opportunistici favoriti dall'im-

possibilità di sostituzione immediata della controparte;

c) *Impossibilità di sfruttare pienamente le sinergie*, legate all'elevato grado di complementarità tra beni e servizi sanitari, tra le funzioni di tutela e di produzione.

– *Possibili effetti distorsivi di singoli modelli di pay for performance*:

a) aiuti economici - aiutare i produttori dei servizi di bassa qualità potrebbe innescare un meccanismo perverso di gioco al ribasso, incoraggiando anziché osteggiando comportamenti opportunistici;

b) sanzioni - la comminazione di penalità economiche è appropriata soltanto in una seconda fase del processo motivazionale, nell'ipotesi, cioè, di inerzia o inadempienza dei soggetti meno performanti di fronte alle indicazioni e/o intimazioni dei committenti. Se, infatti, è vero che le strutture che subiscono tagli nei finanziamenti sono incentivate a tutelarsi da ulteriori limitazioni di *budget* e a programmare e attivare provvedimenti interni volti al conseguimento degli standard qualitativi richiesti, è vero anche che il ridimensionamento delle risorse disponibili è suscettibile di acuire, per le strutture già in difficoltà, il *gap* di efficacia e rendere più complessa o addirittura impossibile la messa in atto di strategie di uscita;

c) *positive rewards* - secondo la teoria economica oggi più accreditata, una perdita finanziaria, anche ridotta, è in grado di modificare il comportamento dei produttori in misura superiore alla prospettiva di guadagni considerevoli (Maynard, 2008). La corresponsione di premi economici rischia, non solo, di ingenerare maggiori spese a fronte di miglioramenti soltanto marginali, ma anche di alterare la corretta percezione del principio di responsabilità. L'obiettivo è quello di pervenire a livelli di efficacia adeguati e il più possibile omogenei su tutto il territorio nazionale: questo può essere fatto innestando nella sanità italiana la cultura della qualità, della condivisione dell'errore e dell'*accountability* e non dando dei produttori migliori l'immagine di un'eccezione, di un'anomalia positiva che va premiata.

d) rimodulazione delle tariffe ospedaliere sulla base degli esiti - si è disposti ad accettare l'ipotesi estrema del fallimento degli ospedali pubblici?

– *Possibili effetti negativi del P4P*:

a) *pericolo di introdurre incentivi conservativi*, incentivi, cioè, che producono l'unico effetto di recare maggiori ricavi ai produttori migliori, senza stimolare il cambiamento né a livello di offerta qualitativamente elevata (spingendo gli erogatori migliori verso l'eccellenza) né tra i soggetti di bassa qualità (incoraggiando esiti migliori). Occorre mettere in campo tutte le cautele atte a non svilire un sistema incentivante in un mero meccanismo redistributivo, che a fronte di significative risorse investite, lasci inalterate le prassi mediche inefficaci;

b) *maggiore complessità nel controllo dell'equilibrio finanziario del sistema sanitario*;

c) *rischio di impasse* - i modelli di P4P, se non opportunamente disegnati in funzione di obiettivi di medio-breve periodo, rischiano di stimolare i cambiamenti prospettati soltanto nella fase immediatamente successiva alla loro introduzione. Si tratta di implementare sistemi dinamici e adattivi in grado di favorire miglioramenti sistematici e regolari interventi correttivi;

d) *effetti avversi sulla normale relazione medico-paziente*: nei modelli incentivanti, l'attenzione del medico tende inevitabilmente a spostarsi sulle misure di esito. Se da una parte la rigorosa osservanza dei processi assistenziali che determinano esiti migliori è uno *step* essenziale nel perseguimento di una maggiore appropriatezza, efficacia ed equità della tutela, dall'altra si rischia di portare in secondo piano le priorità dell'assistito. In particolare, in letteratura (McDonald, Roland, 2009), è stata registrata la comparsa, in situazioni di monitoraggio, di un risentimento del medico nei confronti del paziente che si rifiuta di seguire le indicazioni di cura (nel momento in cui la rinuncia a curarsi del malato si traduce in esito negativo attribuito al professionista). Questa e altre dinamiche attivate dai sistemi incentivanti, introducendo nell'immaginario comune un potenziale conflitto di interessi tra professionista sanitario e paziente, contribuiscono a minare quel senso di fiducia nell'imparzialità del medico che è alla base del rapporto di agenzia, in particolare, tra Mmg e assistito (Goold, 1998);

Le difficoltà da considerare sono tanto maggiori quanto più sono ambiziose le mire di miglioramento. È chiaro che la commit-

tenza potrebbe ricorrere agli indicatori di esito anche semplicemente per allontanare gli *outlier* negativi (compresi i privati non accreditati) dal panorama dell'offerta sanitaria: in questo caso, le implicazioni da considerare sarebbero prevalentemente di natura politica.

Identificare nella committenza il perno del sistema di miglioramento della qualità non significa necessariamente escludere l'opzione di *public disclosure*. Certamente, nell'ipotesi in cui si decidesse di indirizzare il messaggio a più classi di destinatari, la comunicazione dovrà essere adeguatamente differenziata. In proposito, si consideri che l'eventuale decisione di tenere riservati i dati di esito non sarebbe priva di ricadute ma, al contrario, potrebbe intaccare profondamente il senso di fiducia dei cittadini-contribuenti nel sistema sanitario: nel momento in cui il paziente-consumatore venisse a conoscenza dell'esistenza di informazioni tanto rilevanti e si vedesse negata la possibilità di accesso, le istituzioni sanitarie e i produttori dei servizi subirebbero danni in termini di *credibilità* faticosamente recuperabili (Werner, Asch, 2005). Ma al di là dei possibili pregiudizi, è opportuno interrogarsi sulla fattibilità, tanto giuridica quanto pratica, dell'opzione di esclusione del comune cittadino dal processo informativo. Da una parte, l'interesse del paziente a una maggiore trasparenza dell'amministrazione sanitaria e a una partecipazione attiva alla gestione della propria salute si configura sempre più come *diritto fondamentale*, difficilmente sacrificabile in virtù di appelli, anche fondati, al pericolo di sperequazioni e inefficienze, dall'altra è irrealistico ipotizzare che, nonostante la voluta riservatezza, non si producano fughe di notizie e di dati, con tutto ciò che ne consegue in termini di perdita di controllo sul processo comunicativo e, quindi, di rischio di incompletezza dell'informazione e di manipolazione dei contenuti. In questo quadro, l'analisi per popolazioni bersaglio non è tanto finalizzata a identificare il giusto grado di diffusione e condivisione delle informazioni ma, piuttosto, all'individuazione dei soggetti dotati degli strumenti potenzialmente più efficaci al raggiungimento di obiettivi qualitativi ed equitativi e ai quali siano associabili difficoltà di attivazione e effetti distorsivi minori.

6. Decisori politici

6.1. Leve attivabili - obiettivi intermedi

Proveremo ora a individuare le possibili leve attivabili dai decisori politici del sistema sanitario, una volta a conoscenza dei livelli di efficacia registrati a livello di struttura ospedaliera e di area di residenza. Non ci riferiremo più, dunque, all'opzione di rendere disponibili i dati ai soggetti investiti della funzione tecnico-gestionale di organizzazione del servizio sanitario, ma analizzeremo quale popolazione bersaglio quella dei responsabili politici del governo della sanità, tanto a livello nazionale quanto a livello regionale.

Scelta: limitare la conoscibilità degli indicatori di esito ai decisori politici comprime di molto la gamma dei possibili strumenti selettivi, lasciando spazio alla sola attivazione dei meccanismi di *ultima ratio* previsti dal vigente quadro normativo. Senza inoltrarsi in aspetti prettamente giuridici, riportiamo, a titolo esemplificativo, le possibilità di:

- revoca (da parte della Giunta regionale su proposta dell'assessore) della nomina a direttore generale di Asl e a direttore di azienda ospedaliera, in caso di mancato raggiungimento di obiettivi predefiniti di efficacia;

- attivazione del potere sostitutivo del governo a tutela dei Lea (a partire dall'intervento di un commissario *ad acta* per l'adozione di singoli provvedimenti programmatici, organizzativi e operativi fino al commissariamento della Asl o dell'intera sanità regionale per carenza qualitativa dei servizi socio-sanitari e assistenziali). Si tratterebbe di ampliare a valutazioni di appropriatezza, qualità e *outcome* la verifica del rispetto dei Lea.

Pressione: più interessanti ai fini della nostra riflessione sembrano essere altre tipologie di utilizzazione delle stime di esito:

- l'ampiezza dei margini di autonomia contrattuale a livello locale (§ 5.1.) è strettamente legata al quadro regolativo regionale: si pensi, ad esempio, alla potestà normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento e a come l'ipotesi di introduzio-

ne, negli accordi tra committenza e ospedali, di meccanismi di P4P sia verosimilmente realizzabile solo laddove, a monte, il modello di remunerazione prospettata sia chiaramente disciplinato;

– come sollecitazioni dirette pensiamo, ad esempio, alla previsione di incentivi/disincentivi di natura economica per i direttori generali delle Asl, nel momento in cui gli esiti sono riferibili a popolazioni e sintomatici di una dimensione qualitativa della tutela propria dell'intera area di residenza, a prescindere dalla localizzazione intra o extra-azienda sanitaria dei luoghi di cura cui si rivolgono gli assistiti.

Importanti, infine, possono rivelarsi gli accordi Stato-Regioni (soprattutto nelle sedi dove si decide l'attribuzione delle risorse aggiuntive e perequative) e il ricorso ad altri meccanismi di *moral suasion*.

6.2. Possibili impedimenti

L'ordinamento prevede la possibilità di avvalersi di tali strumenti selettivi esclusivamente in via eccezionale e, in particolare, nei casi in cui le modalità di esercizio delle funzioni amministrative e/o di erogazione del servizio risultino inadeguate e insufficienti a garantire una tutela reale della salute. In virtù del carattere di straordinarietà e di *extrema ratio* che contraddistingue il potere sostitutivo del governo è chiaro come esso non possa considerarsi un valido strumento di razionalizzazione e di trasformazione positiva dell'offerta sanitaria. Lo stesso potere di nomina e di revoca dei direttori di Asl e Aziende ospedaliere, per quanto centrale a un'efficiente definizione del management sanitario, non sembra costituire una leva idonea a imprimere un impulso sufficiente a sviluppare un cambiamento generalizzato e diffuso. Si consideri, inoltre, che, per quanto riguarda il potere di revoca in capo al governo regionale, l'impedimento maggiore potrebbe venire da situazioni in cui criteri di appartenenza politica incidessero sulla nomina della dirigenza. È difficile immaginare che di contro a un'investitura che nasce anche in virtù di affiliazioni politiche sia sufficiente invocare considerazioni in merito alla corretta gestione, salvo che la trasparenza sugli standard di cura spinga a una maggiore responsabilizza-

zione e imponga la necessità di conservare, agli occhi dell'elettorato, un'immagine positiva. Saremmo, però, nuovamente in ambito di *public disclosure*. In mancanza di visibilità degli esiti, si tratta di comprendere fino a che punto sia auspicata e sostenuta l'emanipolazione della gestione dei servizi pubblici, compresi quelli sanitari, da fattori di consenso estranei agli obiettivi di servizio (non solo per quanto riguarda i direttori generali ma, a cascata, i direttori amministrativi, i direttori sanitari e i dirigenti).

6.3. Possibili effetti negativi

Tra le opzioni fin qui esaminate, quest'ultima è apparentemente l'alternativa più timida di comunicazione degli indicatori di esito. Tuttavia, proprio in ragione della circostanza che essa non richiede alcun grado di trasparenza e che coinvolge un numero ristretto di soggetti collocati agli alti vertici del Ssn/Ssr, è in grado, più di ogni altra, di favorire tentativi di condizionamento negativo e di strumentalizzazione. Quello che è stato concepito come uno strumento di miglioramento può diventare un'arma conservativa importante nelle mani del governo della sanità: è opportuno, in questa sede, riflettere sulle diverse tipologie di influenza e pressione che, in condizioni di mancata trasparenza, possono esercitare le stime di esito nel momento in cui entrano a far parte delle dinamiche politiche e sul ruolo di primo piano che l'accesso riservato e discrezionale a informazioni comparative di efficacia può assumere nell'interazione tra soggetti politici istituzionali e fornitori/produttori di servizi sanitari

7. Deterrenza psicologica

Il fenomeno della deterrenza psicologica interessa potenzialmente ogni opzione di comunicazione e di utilizzazione dei risultati esito.

Tutte le leve finora menzionate sono suscettibili di stimolare cambiamenti positivi e funzionare da catalizzatore del miglioramento dei servizi sanitari, a prescindere dalla loro attivazione. Secondo questo approccio, perché si produca la forza dissuasiva e/o persuasiva dei diversi meccanismi sanzionatori, non è necessario che questi vengano messi in moto, ma è sufficiente che i produttori

ritengano tale eventualità credibile. La mera comunicazione delle valutazioni di esito, indipendentemente dal verificarsi di una reazione della popolazione bersaglio è, quindi, sufficiente a fare da impulso a processi reattivi positivi a livello di offerta sanitaria.

Questo è esattamente ciò che è avvenuto nell'esperienza statunitense di *public disclosure*. In letteratura ci sono chiare evidenze del fatto che, nonostante l'inerzia di cittadini, committenti e medici, i report pubblici stimolino il *cambiamento a livello ospedaliero* (Marshall *et al.*, 2000a; Shekelle *et al.*, 2008). La pubblicazione delle stime ha avuto, infatti, un impatto positivo sull'attività e l'organizzazione delle strutture ospedaliere, incoraggiando l'intervento sui livelli subottimali di performance e la programmazione di strategie interne di riqualificazione del servizio. Sembrerebbe che gli ospedali statunitensi, attenti alla propria immagine pubblica, si preservino da eventuali ripercussioni e si preoccupino di far registrare miglioramenti immediati con una prudenza e una prontezza di molto superiori a quanto la sensibilità dell'utenza richiederebbe.

Questo dato di *feedback* è sicuramente interessante, ma è opportuno astenersi dal trarre conclusioni affrettate:

- Il timore di incorrere in sanzioni e il desiderio di visibilità positiva hanno un impatto costruttivo anche nel medio-lungo periodo? O, al contrario, l'attenzione degli ospedali e dei professionisti alla propria reputazione è destinata a scemare man mano che si manifesta il disinteresse generalizzato dell'utenza?

- L'importanza attribuita alla percezione che il consumatore ha della struttura ospedaliera è legata al regime concorrenziale proprio del modello americano di sanità o è plausibile che possa costituire una leva di miglioramento anche per i produttori italiani?

- È ipotizzabile che in Italia l'effetto deterrente sia più forte in relazione ad altre leve?

Se la deterrenza è in grado, almeno nel breve periodo, di aggirare il problema dei possibili impedimenti all'attivazione delle leve, non può, tuttavia, evitare la cascata di conseguenze inintenzionali legate all'attivazione di meccanismi di autodifesa da parte dei *provider*.

Non bisogna, infatti, confondere l'effetto che un'opzione di comunicazione produce sul comportamento dei diversi attori del sistema sanitario con il suo impatto in termini di qualità dell'assistenza. Se è confermata una relazione positiva tra *public disclosure* e cambiamento a livello ospedaliero, la letteratura non è, invece, concorde nello stabilire un nesso univoco tra divulgazione delle informazioni di esito e miglioramento degli standard cura. Alla base di questo insuccesso, l'effetto negativo di selezione avversa (che andrebbe ad annullare l'effetto positivo della deterrenza) o la debole risposta dei cittadini-pazienti (la deterrenza non è sufficiente e occorre che le leve siano effettivamente attivate)?

8. Conclusioni

Questo documento ha tentato, certamente senza ambizioni esaustive, di fornire ai decisori, a tutti i livelli del Ssn, elementi conoscitivi sulle possibili ipotesi di utilizzazione delle valutazioni comparative di esito e sui possibili effetti positivi e negativi di ciascuna opzione. Le conoscenze scientifiche in materia sono limitate e quelle disponibili sono riferite a contesti sociali, culturali e organizzativi eterogenei rispetto al Ssn italiano. Abbiamo, quindi, tentato di formulare ipotesi di impatto specifiche rispetto al contesto istituzionale e organizzativo del nostro sistema sanitario.

Le ipotesi e le considerazioni sull'impatto potenziale di diverse opzioni assumono che le valutazioni comparative empiriche di PNE siano disponibili, valide e riproducibili. Questo documento non ha avuto l'obiettivo di affrontare l'analisi e la discussione delle criticità metodologiche, tecniche e organizzative, talora molto importanti, che si riscontrano nella produzione delle stime di esito, criticità che sono l'oggetto principale dell'attuale fase di lavoro e di discussione di PNE e che saranno rese rigorosamente esplicite in ogni fase e occasione di presentazione dei risultati. I limiti, talora inevitabili, nella validità delle valutazioni empiriche di esito non esimono, però, dalla necessità di valutare attentamente tutti gli aspetti relativi alla loro potenziale utilizzazione, soprattutto in un contesto sociale e culturale nel quale valutazioni, più o meno affidabili, sulla qualità

dei servizi sanitari, sono costantemente diffuse e veicolate dai mezzi di informazione, spesso con taglio scandalistico e, a volte, con impliciti obiettivi promozionali. L'importanza di una riflessione di questo tipo è tanto più evidente se si considera che ci si muove in un «mercato», quello dei servizi sanitari, dominato e distorto da una forte asimmetria informativa.

Anche nell'ambito della valutazione degli esiti, i decisori sono chiamati a fare scelte sulla base di conoscenze empiriche molto limitate. Avere, però, a che fare con l'incertezza scientifica è condizione costante e inevitabile nei processi decisionali in sistemi complessi come quello sanitario e i livelli di questa incertezza sono destinati ad ampliarsi, non certo a ridursi, con la produzione di sempre nuove, e spesso contrastanti, conoscenze empiriche; inoltre, l'introduzione regolata delle valutazioni comparative di esito nel Ssn, nella consapevolezza delle potenzialità e delle criticità, apre a una situazione migliore rispetto a quella attuale, dove la diffusione e la circolazione di informazioni soggettive da parte di fonti di eterogenea autorevolezza sono raramente supportate da una misurazione empirica e la valutazione è spesso condizionata e talora fortemente distorta da conflitti di interesse.

Per definizione questo documento non ha, e non potrebbe avere, l'obiettivo di fornire una guida alle decisioni sull'utilizzazione delle valutazioni comparative di esito, ma intende fornire elementi di conoscenza, il più possibile obiettivi, a supporto delle scelte che, a tutti i livelli del Ssn, possono e debbono essere prese. Sarà compito di PNE aggiornare costantemente queste conoscenze, fornire ogni supporto metodologico alla loro utilizzazione e pianificare i necessari studi per valutare empiricamente l'impatto delle decisioni.

9. Sintesi

Tabella 1.

Ringraziamenti

Gli Autori desiderano ringraziare, per la partecipazione alla discussione che ha accompagnato le diverse fasi di elaborazioni del testo, tutti i responsabili e i componenti delle Unità Operative del Programma Nazionale Esiti e, in particolare, Paolo Berta, Riccardo Capocaccia, Paola Casucci, Francesco Copello, Giuseppe Costa, Marina Davoli, Gaetano Di Pietro, Danilo Fusco, Costantino Gallo, Roberto Grilli, Carla Melani, Sabina Nuti, Alessio Petrelli, Renato Pizzuti, Stefania Salmaso, Salvatore Scondotto, Fulvia Seccareccia, Chiara Seghieri, Lorenzo Simonato, Giorgio Vittadini, Carlo Zocchetti.

Si ringraziano, inoltre, per i preziosi suggerimenti, Francesco Bevere, Marco Biocca, Giovanni Casali, Nerina Dirindin, Maria Pia Fantini, Silvio Garattini, Leonardo La Pietra, Marco Marchetti, Roberto Satolli.

Tabella 1

Sintesi

POPOLAZIONI BERSAGLIO	LEVE ATTIVABILI	POSSIBILI IMPEDIMENTI	POSSIBILI EFFETTI NEGATIVI
CITTADINI-PAZIENTI	<p>SELEZIONE: <i>EMPOWERMENT</i> (il cittadino entra in possesso di informazioni utili a orientare le sue preferenze sulla base della qualità delle opzioni disponibili).</p> <p>PRESSIONE: <i>DOGWATCHING</i> (il cittadino diviene in grado di vigilare sulla conformità delle politiche di governo alla situazione illustrata nei <i>report</i>).</p>	<p>SOTTOVALUTAZIONE DELL'OPZIONE COMUNICATIVA: – difficoltà di accesso all'informazione; – difficoltà di comprensione e interpretazione dei dati; – scarsa fiducia risposta nell'obiettività e oggettività dell'informazione; – ruolo giocato dalle determinanti attuali della scelta.</p> <p>Consolidato ruolo di <i>gatekeeping</i> del Mmg. Variabili soggettive e arbitrarie quali parametri fondamentali di selezione del luogo di cura.</p>	<p>Inesercibilità del diritto di scelta a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli. Ricaduta del costo di responsabilizzazione dell'offerta sul cittadino (costi associati all'attività di selezione). <i>Overload</i> per gli ospedali migliori (rischio domanda insoddisfatta). Ridimensionamento dei ricavi per le strutture di bassa qualità (conseguenze occupazionali). Selezione avversa e aumento dell'inappropriatezza. Manipolazione dei dati dei sistemi informativi. Impatto negativo della mobilità interregionale sulle regioni di partenza. Sopravenuta incoerenza con il contesto fisico e pianificatorio di un territorio. Effetto-tunnel. Moltiplicazione dei centri informativi (problema di verifica validità e indipendenza).</p>
MMG	<p>SUPPORTO attivo ai cittadini nell'intercettazione e nella comprensione dei dati. CANALE verso le strutture e i medici specialisti migliori.</p>	<p>Ruolo giocato dalle determinanti attuali della scelta: variabili soggettive e arbitrarie. Persistenza del problema di divario conoscitivo per le prestazioni in emergenza. Eterogeneità della classe medica.</p>	<p>Vedi CITTADINI-PAZIENTI.</p>
COMMITTENZA	<p>SELEZIONE: negazione, sospensione, revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento in caso di accertamento di esiti insoddisfacenti.</p> <p>PRESSIONE: attivazione di sistemi di P4P nei confronti di: – strutture ospedaliere; – direttori generali delle Asl e delle Aziende ospedaliere; – primari del reparto e/o specialisti; – dirigenti dei servizi territoriali e/o Mmg.</p>	<p>COMMISTIONE DELLE FUNZIONI DI COMMITTENZA E PRODUZIONE. DEBOLEZZA IN MOLTE REALTÀ TERRITORIALI DELL'ISTITUTO DELL'ACCREDITAMENTO. INCOMPATIBILITÀ DEI SISTEMI DI P4P CON LE FORME DI EXTRA-FINANZIAMENTO PREVISTE PER MOLTI SERVIZI E AZIENDE. RESISTENZE ETICO-CULTURALI ALLA PREVISIONE DI INCENTIVI ECONOMICI PER I MMG.</p>	<p>Selezione avversa e aumento dell'inappropriatezza. Manipolazione dei dati dei sistemi informativi da parte dei produttori dei servizi. Ridimensionamento dei ricavi per le strutture di bassa qualità (conseguenze occupazionali). Sopravenuta incoerenza con il contesto fisico e pianificatorio di un territorio. Effetto tunnel. Manipolazione delle stime da parte della committenza. Svantaggi legati all'indebolimento del modello di integrazione verticale. Effetti distorsivi di singoli modelli di P4P. Effetti negativi del P4P: – incentivi conservativi; – minore capacità di controllo dell'equilibrio economico-finanziario; – rischio di <i>impasse</i>; – effetti avversi sulla relazione medico-paziente.</p>
DECISORI POLITICI	<p>SELEZIONE: poteri di nomina e revoca del management sanitario, attivazione del potere sostitutivo del governo ecc.</p> <p>PRESSIONE: potestà normativa regionale in materia di autorizzazione, di accreditamento e di remunerazione in ambito sanitario; <i>moral suasion</i>.</p>	<p>CARATTERE ECCEZIONALE DEGLI STRUMENTI SELETTIVI A DISPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO. CRITERI ATTUALI DI NOMINA DELLA DIRIGENZA SANITARIA.</p>	<p>Strumentalizzazione dell'informazione dovuta all'accesso riservato alle stime di esito. Effetto tunnel e meccanismi distorsivi di autodifesa da parte dei produttori dei servizi sanitari.</p>

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

- AL FARRAJ O., MESSINA G., SASSI F., CICHETTI A., NANTE N. (2003), «La scelta del luogo di cura: modelli decisionali di pazienti e medici», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12 (46), pp. 25-42.
- ALPAY L., VERHOEF J., XIE B., TE'ENI D. (2009), «Current Challenge in Consumer Health Informatics: Bridging the Gap between Access to Information and Information Understanding», *Biomedical Informatics Insights*, 2 (1), pp. 1-10.
- ARCANGELI L. (2010), «La regolazione degli scambi e la remunerazione delle prestazioni», www.astrid-online.it/.../Arcangeli_regolazione-e-remunerazione_09_03_10.pdf.
- AUDIWEB (2010), www.audiweb.it/cms/attach/aw_cs_3novembre2010.pdf.
- BELLI P. (1997), «La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese», in A. Petretto (a cura di), *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna.
- CONFARTIGIANATO PERSONE (Work in progress riservato), «Tra eccellenza ed arretratezza. Alcuni dati della sanità italiana».
- DAMMAN O.C., VAN DEN HENGEL Y.K., VAN LOON A.J.M., RADEMAKERS J. (2010), «An International Comparison of Web-based Reporting About Health Care Quality: Content Analysis», *Journal of Medical Internet Research*, 12 (2), e8.
- DRANOVE D., KESSLER D., MCCLELLAN M., SATTERTHWAITTE M. (2003), «Is More Information Better? The Effects of "Report Cards" on Health Care Providers», *Journal of Political Economy*, 111 (3), pp. 555-588.
- FERRIS T.G., TORCHIANA D.F. (2010), «Public Release of Clinical Outcomes Data-Online CABG Report Cards», *The New England Journal of Medicine*, 363 (17), pp. 1593-5.
- FORUM PER LA RICERCA BIOMEDICA - CENSIS (2006), «La nuova domanda di comunicazione sulla salute» in http://www.censis.it/20?resource_144=5249&relational_resource_400=5249&relational_resource_404=5249&relational_resource_147=5249&relational_resource_406=5249&relational_resource_407=5249&relational_resource_408=5249&relational_resource_409=5249&relational_resource_430=5249.
- GIGERENZER G., GAISSMAIER W., KURZ-MILCKE E., SCHWARTZ L.M., WOLOSHIN S. (2007), «Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics», *Psychological Science in the Public Interest*, 8 (2), pp. 53-96.
- GOOLD S. (1998), «Trust and physician payment», *Healthcare Executive*, 13 (4), pp. 40-1.
- HALPIN L.S., BARNETT S.D., HENRY L.L., CHOI E., AD N. (2008), «Public Health Reporting: The United States Perspective», *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 12 (3), pp. 191-202.
- HAWKINS R.P., KREUTER M., RESNICOW K., FISHBEIN M., DIJKSTRA A. (2008), «Understanding tailoring in communicating about health», *Health Education Research*, 23 (3), pp. 454-66.
- HIBBARD J.H., SLOVIC P., PETERS E., FINUCANE M.L. (2002), «Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies», *Health Services Research*, 37 (2), pp. 291-313.
- HIBBARD J.H., SLOVIC P., PETERS E., FINUCANE M.L., TUSLER M. (2001), «Is The Informed Choice Policy Approach Appropriate For Medicare Beneficiaries?», *Health Affairs*, 20 (3), pp. 199-203.
- HIBBARD J.H., JEWETT J.J. (1997), «Will Quality Report Cards Help Consumers?», *Health Affairs*, 16 (3), pp. 218-228.
- JEWETT J.J., HIBBARD J.H. (1996), «Comprehension of Quality of Care Indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured», *Health Care Financing Review*, 18 (1), pp. 75-94.
- MAGEE H., DAVIS L.-J., COUTLER A. (2003), «Public views on healthcare performance indicators and patient choice», *JRSM*, 96 (7), pp. 338-342.
- MANGIN D., TOOP L. (2007), «The Quality and Outcomes Framework: what have you done to yourselves?», *The British Journal of General Practice*, 57 (539), pp. 435-437.
- MARSHALL M.N., SHEKELLE P.G., LEATHERMAN S., BROOK R.H. (2000a), «The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence», *JAMA*, 283 (14), pp. 1866-1874.
- MARSHALL M.N., SHEKELLE P.G., LEATHERMAN S., BROOK R.H. (2000b), «Public disclosure of performance data: learning from the US experience», *Quality and Safety in Health Care*, 9 (1), pp. 53-7.
- MAYNARD A. (2008), «Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia», WHO Regional Office of Europe, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems.
- MCDONALD R., ROLAND M. (2009), «Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences», *Annals of Family Medicine*, 7 (2), pp. 121-127.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (2000), *Second International Adult Literacy Survey* in <http://archivio.invalsi.it/ricerche-internazionali/sials/base-sials.htm>.
- SHEKELLE P.G., LIM Y.-W., MATTKE S., DAMBERG C. (2008), «Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review», The Health Foundation, London.
- SPRANCA M., KANOUSE D.E., ELLIOTT M., SHORT P.F., FARLEY D.O., HAYS R.D. (2000) «Do Consumers Reports of Health Plan Quality Affect Health Plan Selection?», *Health Service Research*, 35 (5 Pt 1), pp. 933-947.
- TU J.V., DONOVAN L.R., LEE D.S., WANG J.T., AUSTIN P.C., ALTER D.A., KO D.T. (2009), «Effectiveness of Public Report Cards for Improving the Quality of Cardiac Care: The EFFECT Study: A Randomized Trial», *JAMA*, 302 (21), pp. 2330-2337.

- UGOLINI C. (2004), «Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata?», *La Rivista delle Politiche sociali*, 4, pp. 197-212.
- VAIANA M.E., MCGLYNN E.A. (2002), «What Cognitive Science Tells Us about the Design of Reports for Consumers», *Medical Care Research and Review*, 59 (1), pp. 3-35.
- WERNER R.M., ASCH D.A. (2005), «The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information», *JAMA*, 293 (10), pp. 1239-1244.
- Bibliografia di approfondimento**
- BURKELL J. (2004), «What are the chances? Evaluating risk and benefit information in consumers health materials», *JMLA*, 92 (2), pp. 200-208.
- DIXON J. (2004), «Payment by results - new financial flows in the NHS», *British Medical Journal*, 328 (7446), pp. 969-70.
- FONAROW G.C., ABRAHAM W.T., ALBERT N.M., STOUGH W.G., GHEORGHIADE M., GREENBERG B.H., O'CONNOR C.M., PIEPER K., SUN J.L., YANCY C., YOUNG J.B. (2007), «Association Between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized With Heart Failure», *JAMA*, 297 (1), pp. 61-70.
- FUNG C.H., LIM Y.W., MATTKE S., DAMBERG C., SHEKELLE P.G. (2008), «Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care», *Ann Intern Med*, 148 (2), pp. 111-23.
- JHA A.K., ORAV E.J., EPSTEIN A.M. (2009), «Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions», *The New England Journal of Medicine*, 361 (27), pp. 2637-2645.
- JUNG K. (2010), «The impact of information disclosure on quality of care in HMO markets», *Int J Qual Health Care*, 22, pp. 461-468.
- NUTI S. (2008), *Report 2007 - Il sistema di valutazione della performance della sanità Toscana*, Edizioni ETS, Pisa.
- ROSENTHAL M.B., DUDLEY R.A. (2007), «Pay-for-Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care?», *JAMA*, 297 (7), pp. 740-744.
- SERUMAGA B., ROSS-DEGNAN D., AVERY A.J. (2011), «Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study», *BMJ* 342, d108.
- SPRANCA M., KANOUSE D.E., ELLIOTT M., SHORT P.F., FARLEY D.O., HAYS R.D. (2000) «Do Consumers Reports of Health Plan Quality Affect Health Plan Selection?», *Health Service Research*, 35 (5 Pt 1), pp. 933-947.

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**.

Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico

C. CARBONE, A. PRENESTINI, F. LEGA, C. GARBELLI, F. CERATTI, D. TROIANO

Nowadays, the organizational development of hospital networks is an important topic for policy makers, managers, and researchers, due to the epidemiological and demographical changes, the technological evolution and the concentration of larger caseloads in order to improving specialization. Moreover, since nineties the merger of hospitals is been an important phenomena in Italy. These mergers have contributed to create Hospital Trust with more hospitals, consequently the healthcare managers need logics and tools to analyze and organize their hospital networks. The aim of this paper is to suggest a methodological framework for the analysis of the hospital networks and for change management. This framework is applied to a case study: a Hospital Trust in Lombardy with a network of five hospitals. The implications for management theory and professional practice are discussed.

Keywords: hospital networks, organizational change, action research

Parole chiave: rete ospedaliera, cambiamento organizzativo, action research

Note sugli autori

Clara Carbone, Anna Prenestini e Federico Lega sono ricercatori CER GAS e docenti SDA - Università Bocconi. Claudio Garbelli è Direttore generale Asl di Lodi, all'epoca dello svolgimento del progetto di formazione e accompagnamento SDA Bocconi (2008-2009) era Direttore generale dell'AO di Melegnano. Francesco Ceratti, durante lo svolgimento del progetto SDA Bocconi, era Direttore sanitario dell'AO di Melegnano. Daniela Troiano è Direttore generale AO della provincia di Pavia, durante lo svolgimento del progetto SDA Bocconi era Direttore amministrativo dell'AO di Melegnano

1. Introduzione

Gli ospedali erano tradizionalmente considerati organizzazioni fortemente autonome: la programmazione e la gestione dell'ospedale, infatti, avveniva in modo isolato non solo in relazione alle strutture territoriali ma anche rispetto alle altre strutture ospedaliere che erogavano prestazioni all'interno dello stesso ambito territoriale.

Negli ultimi anni, questo tipo di approccio è stato messo in crisi dall'evoluzione dei seguenti fattori (McKee, Healy, 2002):

– il cambiamento della domanda di salute. Da un lato, si assiste all'evoluzione del quadro epidemiologico della popolazione, caratterizzata dalla compresenza di patologie acute e più patologie croniche legate all'età e da uno stato di fragilità dal punto di vista non solo sanitario ma anche socio-assistenziale (Shultz, Leidl, Koenig, 2004); dall'altro, sta avvenendo una profonda modificazione delle aspettative dei pazienti, sempre più informati e consapevoli delle nuove opportunità offerte dalla medicina (Bellio, Buccoliero, Prenestini, 2009);

– i cambiamenti sul lato dell'offerta. Da un lato, la tecnologia di altissima specializzazione e particolarmente costosa dovrebbe essere concentrata presso poche sedi ospedaliere, sia per consentire ai medici di acquisire delle competenze che migliorano l'assistenza sanitaria erogata, sia per motivazioni di carattere economico (Burhmal, 2002); inoltre, la crescente specializzazione nel trattamento di casi complessi e rari richiede una maggiore concentrazione della casistica per raggiungere la «critical mass» minima per sostenere la qualità professionale (Edwards, Wyatt,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le reti ospedaliere: logiche e modelli di riferimento
3. Metodi
4. L'applicazione del modello all'Ao di Melegnano
5. Logiche di riprogettazione e modelli di rete: il caso di tre aree cliniche
6. Conclusioni

McKee, 2004). Dall'altro lato, per alcuni tipi di trattamento di «routine», che richiedono tecnologie di medio livello e per cui si diventa «esperti» anche con bassi volumi trattati, si può prevedere un loro trasferimento dall'ospedale di alto livello ad ospedali di prossimità o direttamente sul territorio.

Tali pressioni impongono un ripensamento della visione di ospedale come «cattedrale» isolata dal resto del sistema e ne conseguono la necessità di programmare la distribuzione dell'offerta per garantire (Bensa, Carbone, Lega, 2008): i) la concentrazione delle attività in relazione alle competenze diffuse nella rete e alle necessità del loro ulteriore sviluppo legato alla curva di esperienza;¹ ii) l'equità di accesso a tutta la popolazione gravitante sulla rete ospedaliera oggetto di intervento; iii) un migliore coordinamento delle scelte di investimento in coerenza con la programmazione e gli sviluppi delle competenze specialistiche nei vari poli delle reti.

A tali fabbisogni, spesso, è data risposta attraverso politiche regionali: ormai la maggior parte delle Regioni ha inserito nell'agenda delle proprie priorità strategiche il tema delle reti ospedaliere, generalmente sotto la dimensione progettuale di sistema o di area vasta.² Tali interventi richiedono l'organizzazione e la gestione di reti ospedaliere tra aziende sanitarie autonome dal punto di vista giuridico ma che coesistono nello stesso bacino geografico e istituzionale.

Non meno rilevante è il tema delle reti ospedaliere a soggetto giuridico unico, ossia di proprietà di un'unica azienda. In Italia, infatti, nell'ultimo ventennio è aumentato considerevolmente il numero di aziende sanitarie che gestiscono più strutture ospedaliere, a seguito:³

- dei processi di accorpamento delle Asl, che assumono nella quasi totalità delle regioni italiane una valenza provinciale o, in taluni casi, anche regionale (ad esempio, Asur delle Marche e Asrem del Molise) e che, quindi, si trovano a coordinare e gestire una rete ospedaliera composta da più strutture che appartenevano alle precedenti aziende sanitarie autonome;

- dei processi di scorporo degli ospedali dalle Asl con la creazione di Ao multipresidio (come già realizzato dalla Regione Lom-

bardia e, in prospettiva, nella Regione Piemonte) o della fusione di Ao (ad esempio, a seguito del riordino del Ssr siciliano).

Volendo soffermare l'attenzione su quest'ultimo fenomeno, appare sempre più rilevante che le aziende sanitarie si dotino delle metodologie e degli strumenti necessari per analizzare la propria rete ospedaliera e per riprogettarla in modo da definire modelli di funzionamento che promuovano sinergie, integrazione, economie di *know-how* e di scopo.

A tal fine, l'obiettivo del presente articolo è quello di proporre un modello metodologico finalizzato:

- 1) alla mappatura e analisi della rete ospedaliera aziendale;
- 2) all'individuazione dei fattori critici rilevanti per la definizione del progetto di rimodulazione della rete al fine di conseguire economie di *know-how*, di scala e di scopo;
- 3) alla gestione del processo di accompagnamento, al fine di condividere le opzioni di riprogettazione con gli attori aziendali e minimizzare la resilienza e resistenza al cambiamento.

Tale modello è stato applicato alla rimodulazione della rete ospedaliera di un'Ao multipresidio pubblica presente in Regione Lombardia: l'Ao «Ospedale di Circolo» di Melegnano (in seguito, Ao di Melegnano). La direzione strategica dell'Ao di Melegnano, infatti, negli anni 2008-2009 ha promosso un progetto di formazione e accompagnamento per la riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale allo scopo di ricercare delle sinergie tra gli ospedali e i professionisti dell'Ao, superare alcune criticità organizzative importanti e minimizzare le minacce del contesto di riferimento rispetto allo sviluppo strategico e organizzativo dell'Ao. Tale progetto ha consentito ai ricercatori un accesso privilegiato alle informazioni e ai dati relativi al contesto interno ed esterno dell'Azienda per «testare» le analisi quantitative e qualitative del modello e trarre le principali implicazioni in termini di riprogettazione della rete ospedaliera; inoltre, il progetto ha permesso di applicare direttamente il processo di gestione del cambiamento alle principali aree cliniche aziendali.

I risultati messi in luce da tale analisi non vogliono in alcun modo dare giudizi di valore sull'azienda stessa, il cui contesto di riferimento – come si vedrà durante la trattazione – ne condiziona fortemente l'operato, ma sono rilevanti per comprendere efficacemente come modelli teorici di analisi e riprogettazione delle reti ospedaliere possano essere tradotti in pratica e risultare particolarmente utili per i manager delle aziende sanitarie pubbliche.

La ricerca ha previsto, quindi, due fasi fondamentali: durante la prima i ricercatori hanno definito il modello metodologico descritto nel § 3, nella seconda fase il modello è stato applicato al caso dell'Ao di Melegnano e i risultati sono proposti nei §§ 4 e 5.

2. Le reti ospedaliere: logiche e modelli di riferimento

Allo scopo di condividere degli schemi concettuali di riferimento per la comprensione delle reti ospedaliere, in questo paragrafo si propongono le logiche e i modelli definiti dalla letteratura.

Innanzitutto, due sono le logiche di fondo per la riorganizzazione delle reti ospedaliere (Lega, 2001):

- la prima, definibile come «organizzazione in rete», implica esclusivamente una relazione funzionale tra i servizi ospedalieri inclusi nella rete e, quindi, prevede un coordinamento tecnico-scientifico, ossia la condivisione di linee-guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici;

- la seconda, «organizzazione a rete», concepisce la rete ospedaliera come un insieme di nodi legati fra loro da connessioni continue e implica una riconfigurazione dell'offerta in termini di ridefinizione della tipologia di prestazioni, dei volumi e dei *case-mix* produttivi dei servizi ospedalieri coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico tra gli ospedali che ne fanno parte.

Dal punto di vista della dimensione organizzativa, l'organizzazione «in rete» a valenza esclusivamente clinico-scientifica assume significato e si può concretizzare solo a livello di dipartimento, mentre l'organizzazione

«a rete» può trovare applicazione a livello sia dipartimentale sia di ospedale nel suo complesso.

Rispetto all'organizzazione «a rete», i modelli organizzativi fondamentali per la riprogettazione della rete ospedaliera sono i cosiddetti modelli organizzativi «hub and spoke» e «poli e antenne» (Lega, 2003). Di seguito vengono descritti tali modelli nella loro applicazione a livello di ospedale nel suo complesso e di dipartimenti interpresidio.

Il modello «hub and spoke» si fonda sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata: l'*hub* è il perno del sistema, nel quale vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le *équipe* specializzate per effettuare la casistica di alta e media complessità di tutte le specialità mediche; negli *spoke* si effettuano, invece, trattamenti di media e bassa complessità per le principali discipline mediche e chirurgiche – generalmente in regimi assistenziali di DH, DS o ambulatoriali – mentre i casi più complessi vengono rinviati all'*hub* del sistema ospedaliero. L'*hub* può essere anche ospedale di riferimento per la popolazione che insiste nel suo territorio, effettuando anche la casistica di media/bassa complessità. Il sistema ospedaliero «hub and spoke», quindi, è una rete verticale che prevede un unico perno del sistema su cui converge la maggiore complessità e l'alta specialità.

I modelli «hub and spoke» si possono articolare, quindi, per stabilimento ospedaliero (ad esempio, nel caso di un'Asl o un'Ao multipresidio nelle quali insistono più ospedali generalisti di grandi e piccole dimensioni) o anche per dipartimento interpresidio che, nello specifico, prevede l'attuazione di una logica di riconfigurazione dell'offerta che separa le procedure complesse da quelle semplici e routinarie (una delle Uu.Oo. del dipartimento assume il ruolo di perno di riferimento per la casistica complessa, mentre le restanti Uu.Oo. svolgono il ruolo di *spoke*, trattando i casi medio-semplifici e fornendo una maggiore disponibilità ambulatoriale).

Il modello «poli e antenne» si costruisce in base alla ricerca della complementarità tra vocazioni specialistiche: i poli sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline (ad esempio, ortopedia, cardiologia, riabilitazione, oncologia, ecc.) e che fungono da perno del sistema proprio per

quella specialità; le antenne hanno funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate nei poli, rimandando al polo specialistico di riferimento il paziente che necessita di una risposta più complessa. Ogni ospedale può essere polo per una determinata disciplina e antenna per le altre. In questo caso si tratta di reti orizzontali, paritetiche, con diversi perni ospedalieri, ciascuno specializzato in una branca medica. L'organizzazione dipartimentale per «poli e antenne» si caratterizza per un livello di complessità maggiore, derivante dall'obiettivo di attuazione di una logica di riconfigurazione dell'offerta che risponda a una strategia di sviluppo «complementare» delle vocazioni produttive.

Anche i modelli di rete «poli e antenne», quindi, si possono articolare per stabilimento ospedaliero (questo è soprattutto funzionale per la programmazione di area metropolitana, area provinciale o area vasta, all'interno della quale compartecipano soggetti giuridici diversi e rivestono un ruolo rilevante gli ospedali monospecialistici) o per dipartimento interpresidio in cui ciascuna Uo funge da polo di riferimento nella rete definendo una propria vocazione e riprogettando il proprio *case-mix* produttivo per privilegiare tale specializzazione, mentre le restanti Uu.Oo. svolgono un ruolo di antenna nei suoi confronti.

In ogni caso, nella riprogettazione della rete ospedaliera entrambi i modelli possono e devono convivere per una maggiore efficacia del sistema.⁴

Dal punto di vista della micro-organizzazione, i modelli di rete ospedaliera si completano con logiche di «pendolo» delle *équipe* specialistiche tra i diversi nodi della rete (Le-ga, Mauri, Prenestini, 2010). Il modello del pendolo sovverte l'idea per cui è il paziente che deve spostarsi per ricevere diagnosi e cura presso il livello della rete più appropriato per la risposta al suo problema di salute. In questo caso, sono le *équipe* di professionisti che si spostano presso i vari ospedali della rete per effettuare trattamenti. Questo modello si adatta bene soprattutto per le discipline chirurgiche che eseguono interventi in regime ambulatoriale o di *Day Surgery* e che non hanno necessità di tecnologie particolarmente sofisticate (ad esempio, oculistica, otorinolaringoiatria, ecc.). Per le altre attivi-

tà mediche o chirurgiche è possibile mettere in campo questo modello se gli ospedali che accolgono le *équipe* hanno le tecnologie, gli spazi e i servizi necessari per poter effettuare in piena sicurezza gli interventi terapeutici.

Tra gli aspetti critici connessi alla realizzazione di questi modelli di rete ospedaliera si devono tenere monitorati (Fulop *et al.*, 2005), in particolare: a) la distanza, le condizioni fisico-orografiche del territorio e la possibilità di raggiungere facilmente i nodi della rete attraverso i sistemi viari, che costituiscono un elemento di equità nell'accesso per i cittadini; b) la turnazione del personale dagli *spoke* della rete verso gli *hub*, al fine di consentire a tutti un adeguato sviluppo professionale.

Inoltre, è bene precisare che la costituzione delle reti tra gli ospedali non deve produrre una maggiore «circolazione» di pazienti, ma al contrario una migliore canalizzazione iniziale che eviti successivi trasferimenti e spostamenti. Perciò, oltre al meccanismo del pendolo, è fondamentale porre l'attenzione su ulteriori aree di intervento (Black, 2002; Hernandez, 2000):

- il raggiungimento di una piena conoscenza reciproca tra strutture e professionisti, di modo che la rete agisca come veicolo di trasmissione di informazioni che possono aiutare il Mmg, lo specialista o lo stesso paziente a identificare la struttura più idonea per lo specifico problema clinico;

- la messa in collegamento delle strutture e dei professionisti con le tecnologie informatiche per lo scambio di pareri/consulenze, di immagini, di dati e, in prospettiva, per gli interventi chirurgici in remoto e robotizzati.

3. Metodi

Come già indicato nel primo paragrafo, l'Ao di Melegnano è stata oggetto di un progetto di formazione e accompagnamento richiesto dalla Direzione strategica aziendale al fine di riorganizzare la rete ospedaliera per rispondere alle minacce e alle opportunità emergenti nel contesto esterno in coerenza con le capacità interne.

L'utilizzo del caso dell'Ao di Melegnano corrisponde anche a un campionamento per casi «ad elevata sensibilità pubblica» (Fattore 2005), in quanto tiene in stretta conside-

razione la rilevanza politica e sociale di una determinata situazione rendendo l'oggetto dell'analisi di particolare interesse: la riorganizzazione della rete ospedaliera di un'Ao multipresidio pubblica è, infatti, soggetta a rilevanti pressioni da parte di *stakeholder* esterni (Regione, Asl, enti locali, pazienti, ecc.) oltre che di quelli interni (professionisti).

Il metodo utilizzato nel presente studio è riconducibile al filone dell'*Action Research* di Kurt Lewin (1946), che collega la ricerca sociale al cambiamento organizzativo. In questo caso, i ricercatori assumono un ruolo di agenti del cambiamento e la ricerca, oltre ad avere fini conoscitivi, assume anche una funzione di promuovere l'azione organizzativa. Tra i ricercatori e le persone che lavorano all'interno dell'organizzazione c'è un rapporto di parità e confronto. Sebbene coinvolti in diverso modo e con scopi differenti, tutte le tipologie di attori aziendali (direzione strategica, direttori di dipartimento, direttori medici e coordinatori infermieristici delle Uu.Oo. coinvolte) hanno collaborato alla definizione dei problemi oggetto di indagine e alla raccolta dei dati e delle informazioni. Infine, l'analisi, le diagnosi e le ipotesi di riprogettazione prodotte dai ricercatori sono state sottoposte a confronto e validate durante una serie di incontri presso l'Ao, elaborando le proposte definitive di rimodulazione della rete ospedaliera.

Il modello teorico proposto si avvale di una serie di strumenti e metodi definiti dalla letteratura e ampiamente utilizzati nelle aziende per i processi di sviluppo strategico e organizzativo. Il contributo dei ricercatori è stato quello di definire il protocollo metodologico e ricercare gli strumenti più utili per l'analisi, la riprogettazione e la gestione del cambiamento delle reti ospedaliere. Il modello metodologico si articola in tre passaggi: i) mappatura e analisi dell'ambiente esterno e interno; ii) individuazione dei fattori critici per la progettazione della rete ospedaliera; iii) gestione del processo di accompagnamento.

3.1. Mappatura e analisi

Il modello definisce le principali dimensioni e variabili per lo studio di una rete ospedaliera aziendale sia rispetto all'am-

biente esterno, sia in relazione all'ambiente interno.

Per quanto concerne l'ambiente esterno, vengono analizzati:

1) i diretti competitori dell'azienda sanitaria, ovvero tutti gli erogatori ospedalieri operanti nell'ambito territoriale dell'azienda oggetto d'indagine. In particolare, si procede:

- definendo a priori il perimetro all'interno del quale identificare i competitori, ossia delimitare lo spazio fisico entro cui le strutture ospedaliere sono considerabili competitori diretti della rete analizzata (ad esempio, strutture pubbliche e private accreditate che si trovano entro un certo numero di chilometri e sono raggiungibili entro un determinato tempo da almeno uno degli ospedali della rete - c.d. «isocrona»);

- suddividendo i competitori diretti in relazione all'Asl di riferimento, per comprendere i potenziali flussi di mobilità al confine;

- analizzando le principali vie di comunicazione che collegano le strutture ospedaliere dell'azienda oggetto di analisi con i competitori diretti, poiché la scelta di una struttura ospedaliera da parte dei cittadini può essere influenzata dalla facilità di spostamento derivante dalle caratteristiche della rete stradale;

- esaminando le principali linee produttive erogate dai diversi competitori diretti,⁵ in modo da comprendere se esistono opportunità, ossia potenziali spazi di sviluppo delle attività sanitarie per la rete, oppure minacce, che invece impongono una riflessione su un eventuale ridimensionamento di alcuni servizi e/o sulla necessità di spostare il *focus* delle proprie attività su linee produttive o su specifici servizi sanitari non coperti o coperti in modo marginale dai competitori diretti;

2) la domanda sanitaria e i principali flussi dei pazienti, attraverso l'analisi:

- della mobilità dei pazienti residenti nell'Asl in cui si colloca la rete ospedaliera studiata verso tutte le strutture di ricovero pubbliche o private accreditate suddivise in relazione alle Asl nelle quali sono ubicate;

- dell'utenza che si rivolge alle strutture ospedaliere della rete, per comprendere i) il tasso di attrazione di tali strutture rispetto a pazienti provenienti da altre Asl o Regioni, ii) la propensione alla mobilità dei pazienti residenti nell'ambito territoriale tra gli ospedali della rete;

3) la normativa, la documentazione istituzionale e le linee-guida della Regione in materia di rete ospedaliera, ove disponibile e cogente.

Con riferimento all'ambiente interno, vengono elaborati e interpretati i principali dati economici, strutturali e di produttività a livello aziendale, di presidio ospedaliero e, infine, di unità operativa. Andando in dettaglio, il modello prevede:

– l'analisi dei livelli di produttività degli ospedali della rete attraverso il sistema di classificazione per linee produttive (Baldino, Parma, 2003);

– un confronto sia tra unità operative omogenee sia di tipo longitudinale per ciascuna unità operativa, al fine di valutarne i *trend*, attraverso l'utilizzo di dati strutturali e di attività (ad esempio, posti-letto in DH/DS e ricovero ordinario, numero e percentuali di ricoveri

erogati nei diversi regimi assistenziali, ecc.) e di indicatori di complessità, appropriatezza ed efficienza (ad esempio, degenza media, tasso di occupazione, tasso operatorio, % casi Lea ad alto rischio di inappropriatezza, indice di *case-mix*, ecc.) secondo lo schema riportato nella **tabella 1**.

3.2. Individuazione e interpretazione dei fattori critici per la progettazione della rete ospedaliera

Alla luce dei risultati della mappatura e dell'analisi vengono individuate le variabili fondamentali sulla base delle quali definire il modello organizzativo della rete ospedaliera. Tali fattori possono essere, in particolare: a) per l'ambiente esterno, le specificità del contesto fisico-orografico e delle vie di comunicazione, i flussi di mobilità dei pazienti, oltre alle indicazioni regionali in materia di rete ospedaliera; b) per l'ambiente interno, le potenziali vocazioni delle Uu.Oo., la propensione alla mobilità tra strutture ospedaliere da parte delle *équipe* mediche, ecc.

Questo passaggio è di tipo concettuale, non cronologico: infatti, i fattori critici vengono individuati e «isolati» già nella fase di mappatura ma, soprattutto, vengono evidenziati e rimessi in discussione durante la fase di accompagnamento che vede come attore primario, nella conduzione del processo di cambiamento, la direzione strategica aziendale.

3.3. Processo di accompagnamento

Per supportare il cambiamento, condividere i dati e le informazioni prodotte e valutare le alternative di rete ospedaliera, sono previsti alcuni momenti di confronto tra i vari livelli aziendali. In particolare:

– *brainstorming* della direzione strategica, durante i quali vengono analizzate le evidenze prodotte dall'analisi (c.d. *brutal facts*), definite le linee di cambiamento e le opzioni di rete più coerenti con le specificità dell'azienda;

– *meeting of minds* con il Collegio di direzione, durante i quali il *middle management* aziendale e la direzione strategica (con l'eventuale supporto di esperti esterni all'azienda) condividono il quadro ambienta-

Tabella 1

Schema di riferimento per il confronto longitudinale e tra Uu.Oo.

UO «x»	Anno 1	Anno 2
Dati strutturali		
PL TOT PL DH PL RO		
Dati di attività		
Ricoveri totali Ricoveri ordinari % casi RO % casi DH % casi sul totale casi della struttura		
Indicatori di efficienza		
Degenza media Degenza media <i>benchmark</i> regionale Degenza media esclusi 0-1 giorno Tasso occupazione RO		
Indicatori di appropriatezza e complessità		
% casi 0-1 giorno RO % casi 0-1 giorno RO <i>benchmark</i> regionale % ricoveri in emergenza % casi Lea % casi alta specialità Tasso operatorio per ricoveri in Uu.Oo. chirurgiche Peso medio Peso medio <i>benchmark</i> regionale		
Rilevanza primi 5 Drg (totale Drg X/totale Drg dimessi)		
Drg A Drg B Drg C Drg D Drg E		

le e concettuale e definiscono congiuntamente la direzione del cambiamento e dell'innovazione (Lega, 2008);

– laboratori a livello dipartimentale o di area clinica per lo sviluppo di progetti operativi sulle reti ospedaliere, al fine di sensibilizzare al percorso di cambiamento tutti gli attori coinvolti e al contempo proiettarli a protagonisti per la definizione degli elementi di dettaglio della strategia aziendale sulle reti ospedaliere. I laboratori possono essere organizzati come *workshop*, ossia come riunioni dinamiche (guidate da facilitatori anche esterni all'azienda) e prolungate (di almeno mezza giornata) che rispondono all'esigenza di gestire un processo decisionale che coinvolge un certo numero di interlocutori organizzativi su un problema non pienamente condiviso e su cui ancora non vi è allineamento delle premesse decisionali (Lega, 2008).⁶ Per raggiungere gli scopi previsti dal laboratorio, il *workshop* può essere organizzato nelle seguenti fasi, alcune delle quali possono essere svolte da facilitatori o da esperti esterni all'azienda: i) introduzione concettuale alle reti ospedaliere per condividere un glossario e degli schemi concettuali comuni; ii) condivisione dei «brutal facts» con i partecipanti al laboratorio per generare in loro la consapevolezza della necessità di cambiare (tale fase è particolarmente rilevante per chiarire le evidenze prodotte dall'analisi e comprendere eventuali «eccezioni» che possono emergere solo dalla discussione con i professionisti); iii) comunicare la visione del cambiamento e il mandato della direzione strategica aziendale; iv) accompagnare metodologicamente i partecipanti nella definizione di soluzioni di dettaglio per la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Sintetizzando, i primi due passaggi del modello teorico corrispondono alla necessità di definire un «naming» e un «framing» indispensabili per il processo di diagnosi. Il processo di *naming* è efficace per associare un «nome» al problema che manifesta l'organizzazione, il *framing* definisce il quadro entro il quale si colloca il problema organizzativo (Lega, 2008). Diagnosi e quadri concettuali vengono condivisi nel terzo passaggio di accompagnamento, con il fine ultimo di definire dei percorsi di riorganizzazione della rete ospedaliera coerenti. Nella **tabel-**

la 2 vengono sintetizzati i tre passaggi fondamentali del modello, le finalità di ciascuno e gli strumenti utilizzati.

4. L'applicazione del modello all'Ao di Melegnano

In questo paragrafo viene presentato il caso dell'Ao di Melegnano che ha avviato un processo di riprogettazione della propria rete ospedaliera applicando il modello di analisi, riprogettazione e accompagnamento descritto sopra. L'Ao di Melegnano, ubicata nell'area della periferia a sud di Milano (territorio dell'Asl Milano 2 che raggruppa 46 comuni), è stata istituita nel 1997 con la legge regionale di riordino del Ssr lombardo (L. reg. 31/1997) che ha previsto lo scorporo di tutte le strutture di ricovero dalle Asl con la conseguente creazione di Aziende ospedaliere giuridicamente autonome. L'azienda ha un bacino di utenza di 677.722 abitanti residenti (contro una dimensione media regionale di 630.000) ed è costituita da 5 presidi ospedalieri di cui quattro localizzati a nord del territorio⁷ (Cernusco Sul Naviglio, Casano D'Adda, Gorgonzola, Melzo) e uno a sud (Vizzolo Predabissi). È una struttura di ricovero di tipo polispecialistico e ha una dotazione totale di posti-letto pari a circa 760 unità.

Il caso dell'Ao di Melegnano è particolarmente interessante in quanto le condizioni che ne caratterizzano il contesto (ad esempio, ampia estensione territoriale, vicinanza con strutture di ricovero private accreditate di eccellenza, difficili comunicazioni fra le strutture esistenti ecc.), del tutto peculiari nel panorama lombardo, sanciscono una rilevanza di un'operazione di riprogettazione della rete ospedaliera anche da un punto di vista politico e sociale (come espresso nel paragrafo 3 sui metodi). La direzione strategica aziendale dell'Ao di Melegnano ha, inoltre, favorito il lavoro di analisi e di riprogettazione mettendo a disposizione del gruppo di lavoro i diversi flussi informativi aziendali.

4.1. Mappatura e analisi dell'ambiente esterno

Applicando le analisi previste dal modello, rispetto all'ambiente esterno sono stati analizzati i diretti competitori diretti, consi-

Passaggio del modello teorico	Finalità	Strumenti utilizzati
Mappatura e analisi	Costruire le evidenze per la condivisione dei punti di forza e di debolezza dell'azienda e delle minacce e opportunità dell'ambiente esterno	<p>Ambiente esterno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analisi <i>competitor</i> <ul style="list-style-type: none"> – collegamenti viari – linee produttive erogate • analisi della domanda <ul style="list-style-type: none"> – mobilità dei pazienti residenti verso aziende <i>competitor</i> – tasso di attrazione delle strutture ospedaliere dell'azienda – mobilità dei pazienti residenti tra gli ospedali dell'azienda • analisi della normativa, della documentazione istituzionale e delle linee-guida della Regione in materia di rete ospedaliera <p>Ambiente interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analisi dei dati strutturali e delle linee produttive dell'azienda e dei singoli ospedali • analisi e confronto dei dati strutturali e di attività e di indicatori di complessità, efficienza e appropriatezza dell'unità operativa sia in termini longitudinali sia di confronto tra unità operative omogenee
Individuazione e interpretazione dei fattori critici	Proporre una riflessione strategica sulla diagnosi e creare consapevolezza rispetto alle variabili critiche su cui agire nella definizione della rete ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> • Produzione di una diagnosi dalle evidenze prodotte durante la fase di mappatura e di analisi • Condivisione delle principali variabili sulle quali riprogettare la rete ospedaliera con la direzione strategica e, successivamente, con i direttori di unità operativa
Processo di accompagnamento	Condivisione del <i>naming</i> e del <i>framing</i> , partecipazione alle decisioni relative alla riprogettazione della rete ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Brainstorming</i> con la direzione strategica • <i>Meeting of minds</i> con il collegio di direzione • Laboratori/<i>workshop</i> a livello dipartimentale o di aree cliniche omogenee

Tabella 2

Finalità e strumenti utilizzati per ogni fase del modello teorico

derando come tali tutti gli erogatori ospedalieri pubblici e privati ubicati a una distanza massima di 25 chilometri e di 30 minuti da almeno uno degli stabilimenti dell'Ao di Melegnano. La mappatura ha individuato 16 competitori diretti suddividendoli per Asl di competenza (**tabella 3**) e distinguendoli tra strutture pubbliche e private accreditate.

Per ognuna delle strutture individuate è stata effettuata un'analisi delle prime dieci linee produttive erogate (in termini percentuali sul totale dell'attività svolta da tali strutture). In particolare, i due erogatori privati accreditati che assorbono maggiormente il fabbisogno assistenziale della popolazione residente sono gli Irccs di diritto privato Humanitas e Policlinico San Donato con specifico riferimento alle aree di attività cardiologica, neurologica e osteomuscolare anche di eccellenza. L'analisi sulle prime linee produttive ha consentito di evidenziare soprattutto i punti di forza della produzione sanitaria delle strutture ospedaliere *competitor*,

che per l'Ao di Melegnano sono delle minacce in relazione alle possibilità di sviluppo della propria rete di offerta e che implicano strategie di «protezione» o di «ridimensionamento». Tuttavia, tale studio ha permesso di dare evidenza all'importanza dell'Ao di Melegnano nel rispondere ai bisogni di media/bassa complessità della popolazione insistente sul territorio dell'Asl Milano 2, che invece non vengono soddisfatti pienamente dai competitori privati che puntano sull'eccellenza delle prestazioni e sui ricoveri in elezione. Nel settore ortopedico, ad esempio, ciò si traduce nella maggiore attività traumatologica in urgenza da svolgere presso i presidi di Vizzolo Predabissi e Cernusco sul Naviglio per rispondere alle esigenze del bacino di utenza locale e, d'altro canto, nella necessità di «proteggere» e presidiare le professionalità che si occupano di re-impianto di protesi nel presidio ospedaliero di Melzo, per rispondere alla concorrenza su tali aree di più alta specializzazione.

Asl di afferenza	Strutture di ricovero pubbliche	Strutture di ricovero private accreditate
Asl Milano 2		Humanitas - Rozzano (Irccs) Policlinico San Donato (Irccs)
Asl Milano	Istituto dei Tumori (Irccs) Istituto Neurologico Besta (Irccs) Policlinico Maggiore (Irccs)	San Raffaele (Irccs) Istituto Europeo di oncologia - IEO (Irccs)
Asl Provincia Monza e Brianza	Ao San Gerardo di Monza - presidio Cinisello Balsamo Ao San Gerardo di Monza - presidio di Monza ICP - Presidio di Sesto San Giovanni Ao Vimercate - presidio di Vimercate	Multimedica (Irccs)
Asl Cremona	Ao ospedale Maggiore di Crema – presidio Rivolta D'Adda	
Asl Bergamo	Ao Treviglio Caravaggio - presidio di Treviglio Ao Treviglio Caravaggio - presidio di Romano di Lombardia	
Asl Lodi	Ao della Provincia di Lodi	

Inoltre sono state identificate le principali vie di comunicazione tra le strutture dell'Ao di Melegnano e gli altri attori, riportate nella **figura 1** che rappresenta l'ambito territoriale analizzato e le aziende sanitarie presenti.

Tale mappatura ha evidenziato che:

- nell'ambito dell'area a sud del territorio dell'Asl Milano 2, come già indicato, sono presenti due Irccs di diritto privato (Humanitas di Rozzano e Policlinico S. Donato Milanese), ospedali polispecialistici e ubicati vicino a una delle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada Statale 9);

- all'interno del territorio dell'Asl Milano, sono presenti cinque Irccs di cui, due di diritto privato (Ospedale San Raffaele - polispecialistico, Istituto europeo di oncologia - monospecialistico), tre di diritto pubblico (Istituto dei tumori - monospecialistico e Istituto neurologico Besta - monospecialistico, Policlinico Maggiore - polispecialistico), ubicati vicino a una delle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada statale 9 e Strada provinciale 14);

- nell'area dell'Asl Milano 3, quattro presidi ospedalieri pubblici polispecialistici (Ao S. Gerardo Monza, presidio di Cinisello Balsamo e presidio di Monza; Ao Vimercate - presidio Sesto S. Giovanni e presidio Vimercate) e l'Irccs di diritto privato Multimedica,

ubicati vicino a una delle principali arterie viarie che collega la periferia nord di Milano con l'area metropolitana (Strada Provinciale 11);

- nell'ambito dei territori delle Asl confinanti con l'Asl Milano 2 (Asl di Cremona, Asl di Bergamo e Asl di Lodi), operano quattro presidi ospedalieri pubblici polispecialistici (Ao ospedale Maggiore di Crema - presidio di Rivolta d'Adda; Ao Treviglio Caravaggio - presidio di Treviglio e presidio di Romano di Lombardia e Ao della provincia di Lodi - presidio di Lodi), ubicati vicino alle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada Statale 9, Strada Provinciale 14).

Per i residenti nel territorio dell'Asl Milano 2 è più semplice immettersi in una delle strade statali o provinciali a più veloce percorrenza che collegano i principali comuni in cui insiste l'Ao di Melegnano con l'area metropolitana di Milano, che spostarsi all'interno del territorio servito dall'Ao tra le sue maggiori strutture (Vizzolo Predabissi, Melzo e Cernusco sul Naviglio). Questo fattore impone un ripensamento della rete ospedaliera nel senso di un possibile maggiore ricorso a meccanismi di pendolo (ove giudicato opportuno ed effettivamente realizzabile in relazione alle tecnologie e agli spazi disponibili nelle diverse strutture), che comportano

Tabella 3

Ospedali pubblici e privati accreditati ubicati ad una distanza massima di 25 Km e di 30 minuti da almeno uno dei presidi dell'Ao di Melegnano suddivisi per Asl

Melegnano offre prestazioni sanitarie soprattutto alla collettività locale: il 98% dei ricoveri viene erogato a pazienti lombardi di cui il 78% sono residenti nel territorio in cui è ubicata l'azienda (Asl Milano 2). In particolare, la **figura 2** correla il numero dei comuni serviti dalle singole strutture ospedaliere con la percentuale cumulata dei servizi resi nel 2008: più piatta è la curva (ad esempio, presidio ospedaliero di Vizzolo), più la struttura attira utenti da comuni differenti; viceversa, più la curva è ripida più la struttura ha un'offerta concentrata sui pochi comuni adiacenti ad essa (ad esempio, presidio ospedaliero di Cernusco S/N). Si tratta, quindi, di strutture ospedaliere fortemente inserite nel contesto locale di riferimento, a cui rivolgono la stragrande maggioranza dell'offerta, poiché già i primi 10 comuni serviti assorbono più del 50% dei servizi resi da ciascuna struttura.

Andando maggiormente nel dettaglio, per ogni struttura ospedaliera dell'Ao di Melegnano si è analizzato il bacino di utenza in relazione alla distanza della residenza dei pazienti. Si riporta, come esempio, il presidio ospedaliero di Cernusco sul Naviglio (**figura 3**) che presenta: (i) una fortissima incidenza

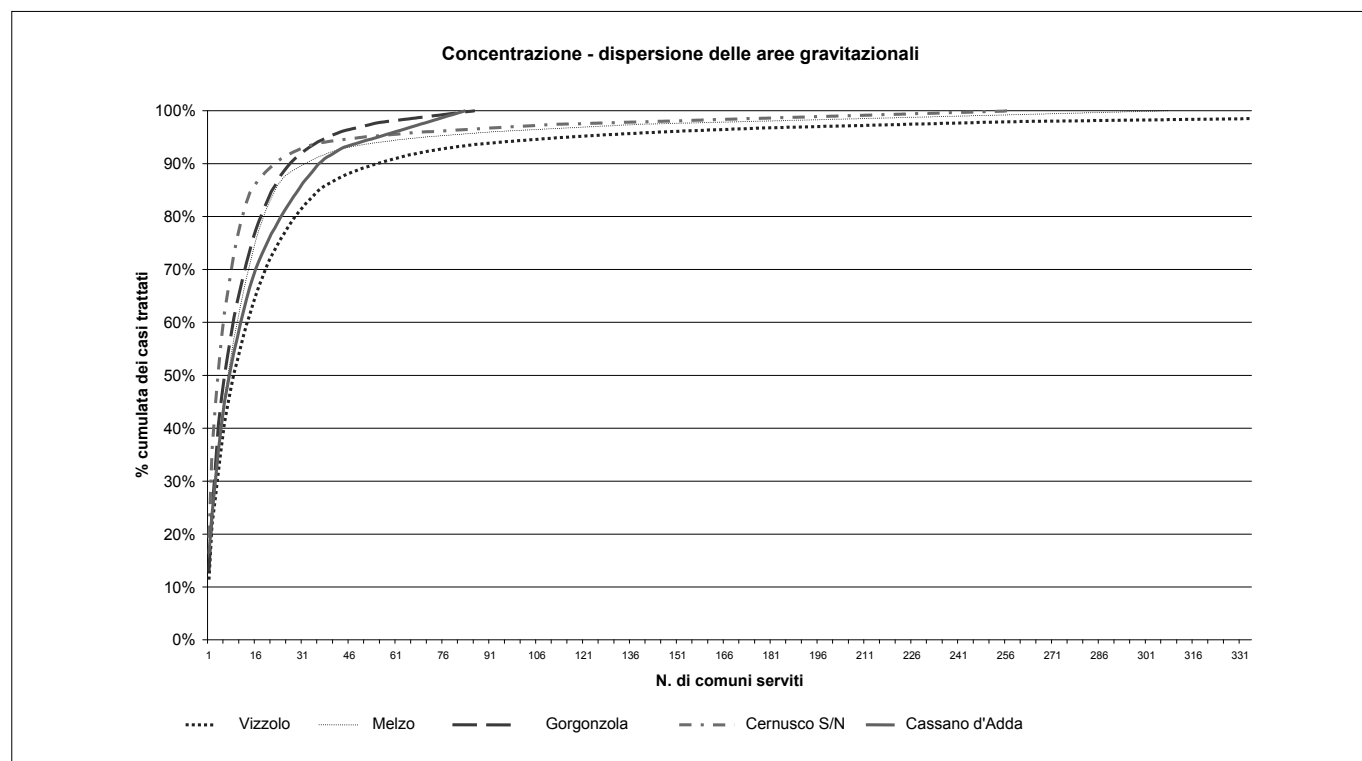
di pazienti ricoverati che sono residenti in comuni da 0 a 5 chilometri di distanza da Cernusco (73%), (ii) solo un 19% di pazienti residenti in comuni da 5 a 10 chilometri di distanza dalla città e (iii) un numero di pazienti quasi irrisorio che vengono da oltre 10 chilometri (8%). Allo stesso modo, seppur con percentuali inferiori al caso di Cernusco, anche gli altri maggiori ospedali della rete tendono ad avere un bacino di utenza prevalentemente locale (0-5 chilometri): il 53% per Melzo, 43% per Vizzolo.

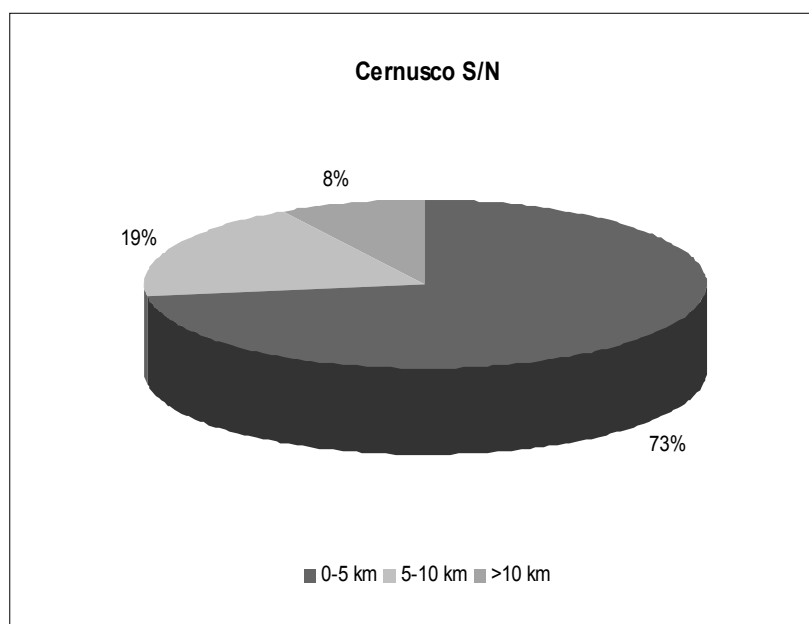
L'analisi sulle aree gravitazionali conferma quanto già ipotizzato nella mappatura delle vie di comunicazione: i bacini di utenza sono fortemente locali e lo spostamento dei pazienti tra i diversi presidi appartenenti all'Ao di Melegnano è del tutto irrisorio.

4.2. Mappatura e analisi dell'ambiente interno

All'analisi dell'ambiente esterno è seguita l'analisi dell'ambiente interno in termini di: i) caratteristiche dell'offerta dell'Ao di Melegnano e dei suoi presidi ospedalieri; ii) confronto dei principali dati strutturali e di

Figura 2
Aree gravitazionali dei presidi ospedalieri dell'Ao di Melegnano



**Figura 3**

Distanza dei comuni di residenza dei pazienti serviti dall'ospedale di Cernusco sul Naviglio

attività, oltre che di indicatori di complessità, appropriatezza, efficienza a livello di presidio ospedaliero e di Uu.Oo.

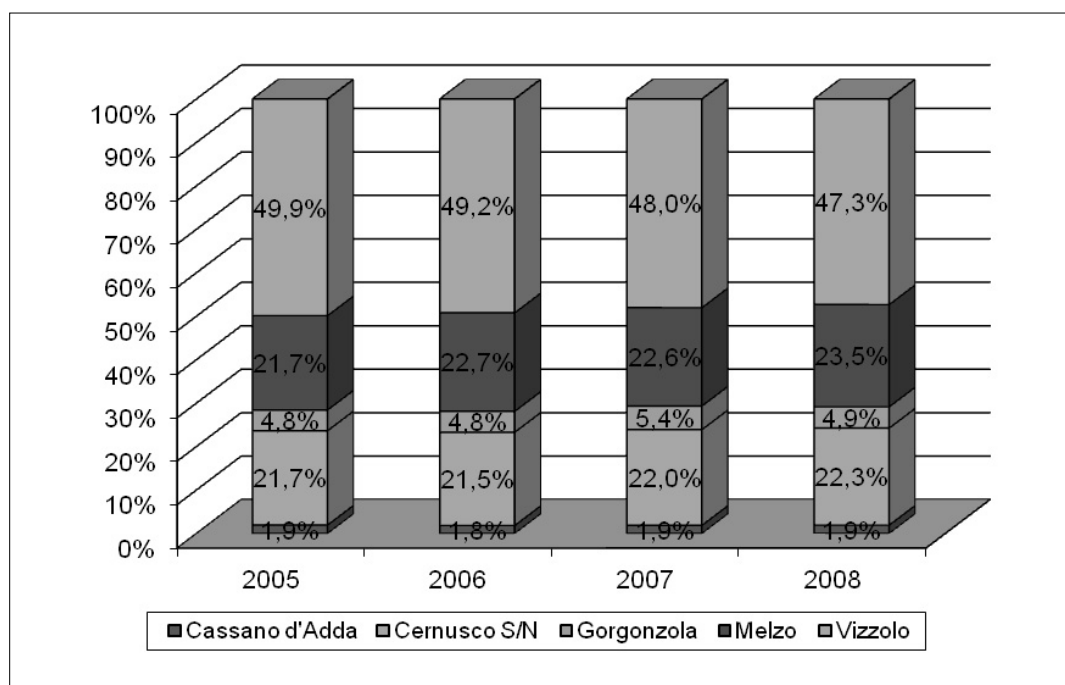
L'Ao di Melegnano eroga circa 35.000 ricoveri l'anno. In termini di contributi dei vari presidi ospedalieri (**figura 4**), la struttura di ricovero Vizzolo Predabissi contribuisce

per quasi il 50%, seguita da Melzo e Cernusco sul Naviglio che erogano rispettivamente il 24% e 22% dei ricoveri dell'azienda. Cassano e Gorgonzola, che erogano insieme meno del 10% dei ricoveri aziendali, si caratterizzano per una maggiore concentrazione delle attività rispettivamente nelle aree della riabilitazione e della oncologia/cure palliative.

In generale, in quanto azienda ospedaliera polispecialistica, i ricoveri erogati si distribuiscono tra le diverse specialità, con un maggior contributo da parte delle Uo di pediatria e ostetricia e ginecologia, medicina generale e chirurgia generale. Tuttavia, i segmenti di attività prevalenti riguardano prevalentemente specialità mediche. In particolare, dalla **figura 5**, che mostra le prime dieci linee produttive in termini di volumi, si evince che circa il 68% dei ricoveri si concentra in dieci linee produttive con un contributo significativo del segmento di attività legato alla maternità (parto-aborto e neonati) e alle specialità legate all'apparato respiratorio (Area Cardiologica) e digerente. In particolare, nel periodo 2005-2008 l'azienda ha aumentato in maniera significativa i ricoveri per l'Area di Oncologia/cure palliative (41%), quale Area Specializzazione del

Figura 4

Incidenza dei ricoveri per presidio ospedaliero e per anno (2005-2008)



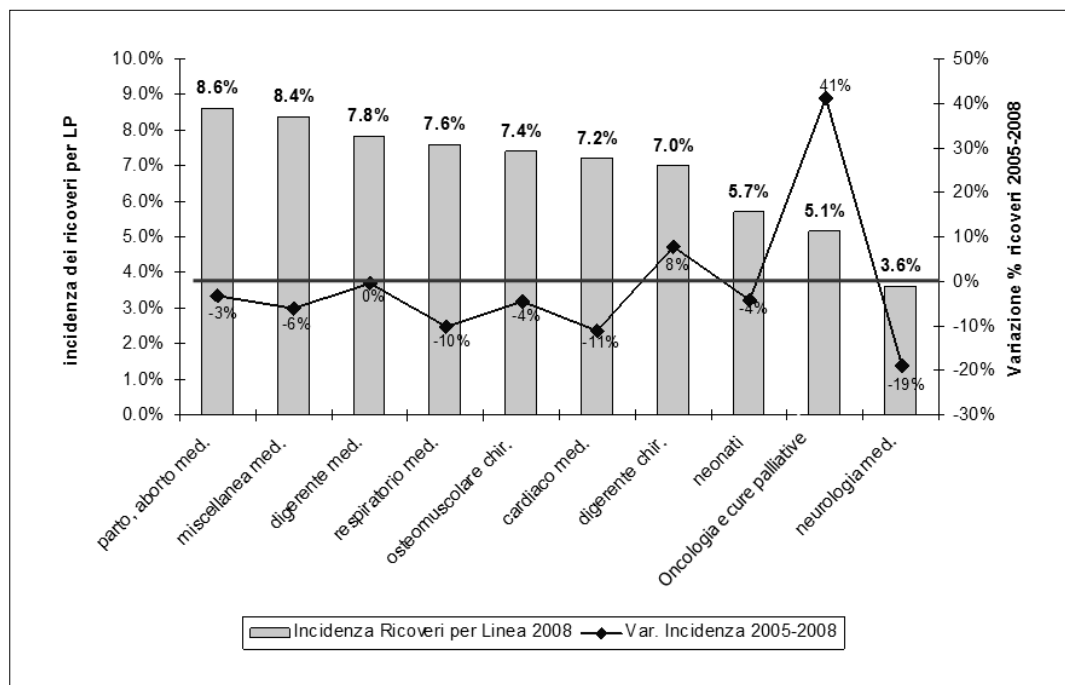


Figura 5
Incidenza delle prime 10 LP e variazione percentuale dell'incidenza 2005-2008

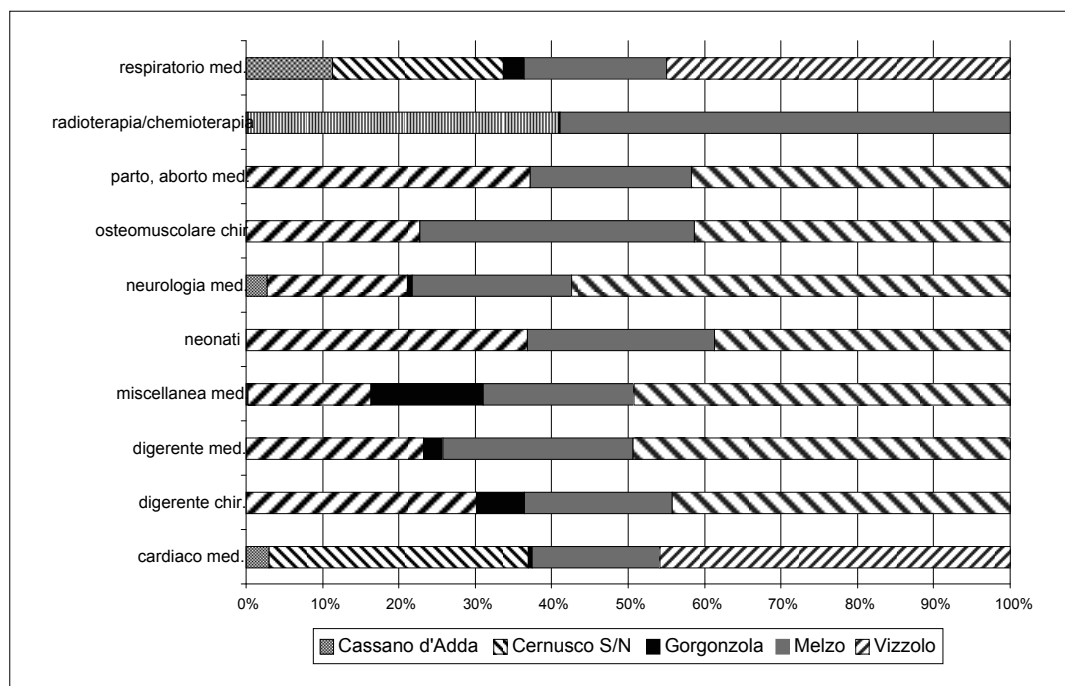


Figura 6
Incidenza delle prime 10 LP per presidio ospedaliero

presidio di Gorgonzola (dove assorbe il 64% dei ricoveri).

Analizzando, infatti, i dati per presidio ospedaliero (figura 6) è possibile evidenziare come i volumi di ricoveri delle prime dieci linee produttive si distribuiscono in maniera

proporzionale nelle cinque strutture di ricovero a eccezione del segmento di attività di radioterapia e chemioterapia, che risulta maggiormente concentrato nei presidi di Gorgonzola e Vizzolo Predabissi e dell'Area ortopedica e Materno-infantile, la cui offerta

Tabella 5

I principali dati strutturali e indicatori di efficienza e di appropriatezza per presidio ospedaliero

	Vizzolo	Melzo	Cernusco	Cassano	Gorgonzola	Totale AO
Posti-letto	327	186	160	50	43	766
Degenza media	6,3	6,1	6,2	14,3	10,5	6,5
Degenza media (esclusi casi 0-1 g)	7	7	6,8	18,6	10,8	7,3
Casi Lea	15%	17%	15%	2%	20%	15%
Casi Lea (esclusi casi 0-1 g)	14%	16%	14%	1%	19%	14%
Tasso operatorio (*)	76%	72%	n.d.	70%	n.d.	73%

(*) Il tasso operatorio è stato calcolato come rapporto dei ricoveri di tipo chirurgico erogati dalle Uo chirurgiche sul totale dei ricoveri erogati dalla medesima Uo.

è concentrata solo sui presidi di maggiori dimensioni (Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio e Melzo).

La **tabella 5** mostra i principali dati strutturali e indicatori di efficienza e di appropriatezza dei cinque presidi ospedalieri. I tre presidi di maggiori dimensioni presentano caratteristiche strutturali simili sia in termini di unità operative presenti sia in termini di casistica trattata (figura 6). Tali valori riflettono la tipologia di attività erogata dalle singole strutture: la degenza media aziendale si attesta a circa 6,5 giorni (7,3 con l'esclusione dei ricoveri 0-1 giorno erogati in regime ordinario) con una forte variabilità interpresidio (dai 14,3 gg. del presidio di Cassano D'Adda e dai 10,5 gg. di Gorgonzola ai 6 gg. di Melzo); la percentuale di casi a rischio di inappropriately (casi Lea) rappresentano circa il 15% (14% con l'esclusione dei ricoveri 0-1 giorno erogati in regime ordinario) dei casi totali con un minimo rappresentato dal presidio di Cassano D'Adda (2%) e un massimo da Gorgonzola (20%).

Infine, per ciascuna delle Uu.Oo. presenti nei presidi ospedalieri dell'Ao di Melegnano è stata effettuata un'analisi che ha previsto l'utilizzo di dati strutturali, di attività e varie tipologie di indicatori riportati nella tabella 1. Il confronto è stato sia longitudinale, per evidenziare i *trend* nei dati della singola Uo, sia tra Uu.Oo. omogenee, con funzione di *benchmarking* volto al confronto e al miglioramento delle prestazioni erogate. Tali elaborazioni hanno permesso di evidenziare le principali differenze in termini di livelli di efficienza, di complessità e di appropriatezza tra le varie unità operative per poi andare ad approfondire le motivazioni con la direzione strategica aziendale e con i singoli professio-

nisti nell'ambito dei laboratori per area clinica/dipartimento sopra citati.

4.3. Processo di accompagnamento

Le evidenze prodotte durante la fase di analisi e di mappatura sono state dapprima discusse in una serie di *brainstorming* con la direzione strategica allo scopo di rilevare pienamente i fattori critici per la riprogettazione della rete ospedaliera e, sulla base di questi, formulare delle ipotesi di rimodulazione. In particolare, le soluzioni di riorganizzazione avevano come scopo, da una parte, di rafforzare le vocazioni specialistiche dei singoli presidi (come nel caso di Gorgonzola e Cassano d'Adda) e, dall'altra, di promuovere dei modelli di rete per dipartimenti interpresidio che favorissero una migliore distribuzione dei *case-mix* produttivi e un trasferimento del *know-how* tra le varie sedi, adottando politiche di maggiore flessibilità organizzativa (ad esempio, il modello del pendolo per alcune *équipe* mediche).

Successivamente, sono stati effettuati una serie di «meeting of minds» con il *middle management* dell'Ao di Melegnano, rappresentato all'interno del Collegio di direzione, per condividere l'esigenza del cambiamento e la visione della direzione strategica sulla rimodulazione della rete ospedaliera aziendale.

La fase successiva ha previsto una serie di laboratori per area clinica/dipartimento, che hanno visto il coinvolgimento del direttore di dipartimento, dei direttori di Uu.Oo. e dei referenti dell'area assistenziale al fine di cogliere nell'ambito della singola Uo tutte le tipologie di specializzazione, anche quelle legate all'ingresso recente di nuove professionalità, e i possibili limiti della struttura

organizzativa esistente. Ciò al fine di tracciare una prospettiva di sviluppo di quella specifica Uo che tenesse conto delle diverse posizioni professionali.

La **tabella 6** riporta la distribuzione delle aree cliniche allocando le 36 unità operative con posti-letto tra i vari presidi. All'interno di ciascun laboratorio, dopo aver descritto i modelli di rete ospedaliera definiti dalla teoria, sono state discusse le principali criticità dell'attuale assetto, sulla base delle evidenze prodotte, e ipotizzata la progettazione di dettaglio della rete ospedaliera per l'area. Per ciascuna delle aree si è posta particolare attenzione sulle possibili vocazioni specialistiche delle singole Uu.Oo.

5. Logiche di riprogettazione e modelli di rete: il caso di tre aree cliniche

A titolo esemplificativo si riportano i risultati di tre aree cliniche al fine di evidenziare le logiche che hanno spinto verso una riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Ao di Melegnano (Area Chirurgia, Area Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, Area Ortopedia e traumatologia).

5.1. Area Chirurgia generale e Terapia intensiva

L'incontro con l'area chirurgica ha visto la partecipazione dei responsabili di Uo di Chirurgia generale dei Presidi di Vizzolo, Melzo e Gorgonzola e della Terapia intensiva dei presidi di Cernusco e Vizzolo. Dall'analisi della casistica e dalle riflessioni effettuate all'interno del laboratorio, sono emerse tre

diverse specificità per le tre aree (rappresentate nella **figura 7**): il presidio ospedaliero di Vizzolo Predabissi (VP) si riconosce come polo per la Laparoscopia e per la Chirurgia d'urgenza; Cernusco sul Naviglio (CN) come polo di Emodinamica interventistica vascolare e Melzo (M) come polo Oncologico. Oltre a questa ipotesi di rafforzare le tre aree di specializzazione è emersa la possibilità di attivare: (i) il modello del «pendolo» dell'*équipe* di Melzo per l'attività di *One Day Surgery (ODS)* presso il presidio di Gorgonzola (G) per 1-2 volte a settimana (frece continue) e (ii) una rete clinica di coordinamento tecnico-scientifico tra i presidi di Vizzolo, Melzo e Cernusco sul Naviglio (linea tratteggiata).

5.2. Area Ostetricia, Ginecologia e Pediatria

Il laboratorio ha visto la partecipazione dei responsabili di Uo di Pediatria e di Ostetricia dei tre presidi. Dall'analisi dei dati e dalle riflessioni emerse durante l'incontro sono scaturite le specificità dei tre presidi e i presupposti organizzativi che erano già in essere al momento del *focus group* per l'impostazione e l'avvio di logiche di rete. Rispetto alle singole vocazioni, il presidio di Vizzolo Predabissi (VP) copre le tre aree dell'Area clinica (Ostetricia, Ginecologia e Pediatria), mentre Cernusco sul Naviglio (CN) e Melzo (M) si dovranno porre rispettivamente come polo Nord per la Pediatria e la Patologia neonatale e come polo Nord per la Ginecologia riducendo i punti nascita aziendali da tre a due (cfr. **figura 8**). Rispetto a quest'ultima

	Vizzolo Predabissi	Melzo	Cernusco sul Naviglio	Cassano D'Adda	Gorgonzola
Area Ortopedica e Traumatologica	X	X	X		
Area Ostetricia, Ginecologia e Pediatria	X	X	X		
Area Chirurgia generale e Terapia intensiva	X	X	X		X (solo <i>Day Surgery</i>)
Area Urologia e Nefrologia	X		X		
Area Psichiatria	X	X			
Area Medicina e Neurologia	X	X	X		
Area Otorino	X	X	X		
Area Cardiologia	X		X		
Area Oncologica		X			X
Area Riabilitazione				X	

Tabella 6

Presenza delle diverse aree nosologiche presso i cinque presidi dell'Ao di Melegnano

Figura 7

Area Chirurgie generali e Terapia intensiva:
ipotesi di riorganizzazione della rete ospedaliera

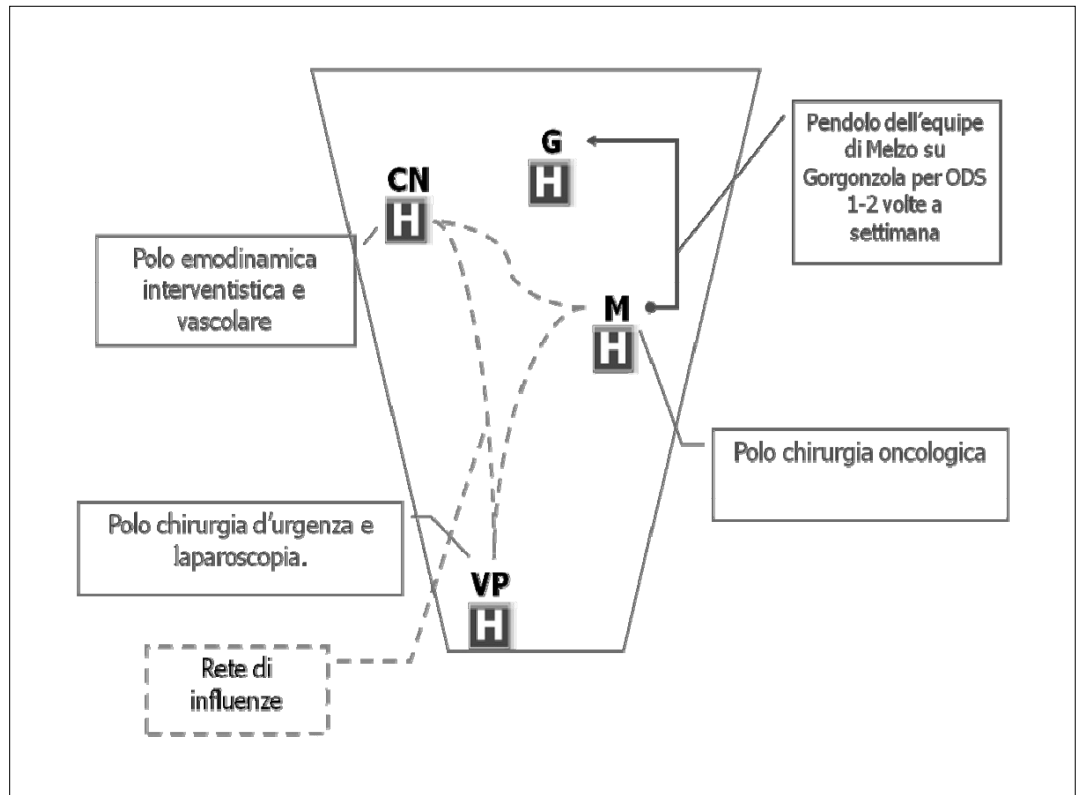
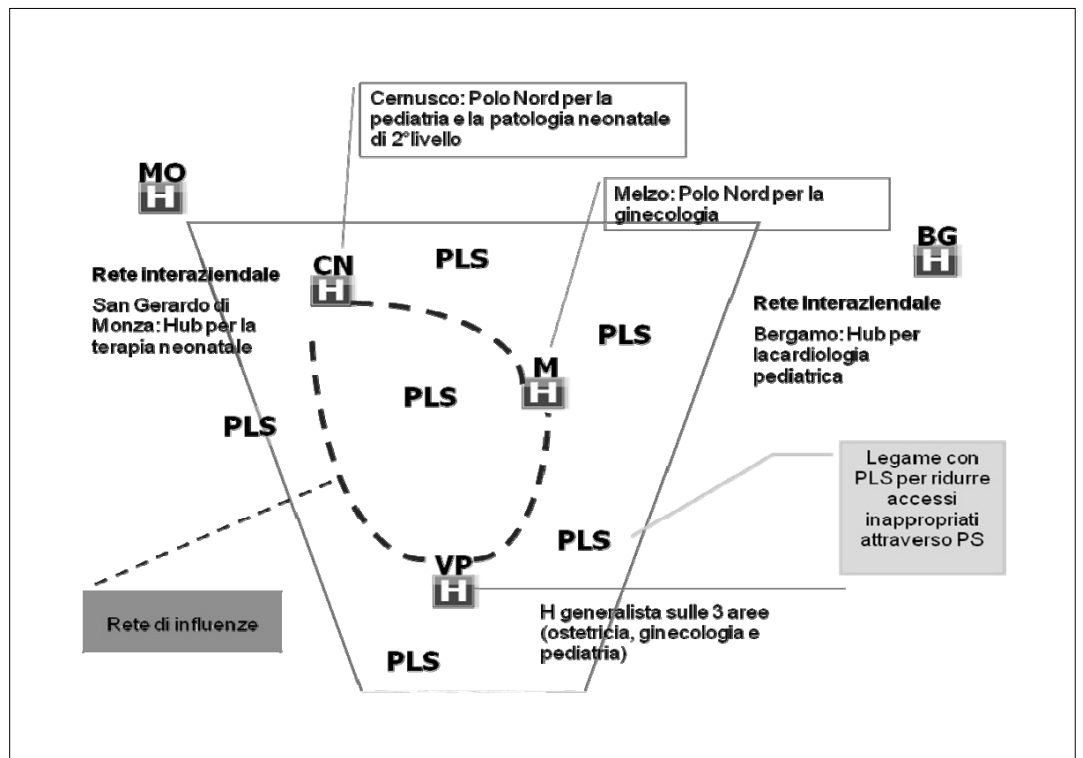


Figura 8

Area Ostetricia, Ginecologia e Pediatria:
ipotesi di riorganizzazione della rete ospedaliera



prospettiva esistono già delle condizioni organizzative che supportano le scelte di una rete interstabilimento: è stato assegnato un solo incarico di responsabile di struttura complessa sia per le due Uo di Pediatria sia per le due Uo di Ostetricia e Ginecologia dei due presidi ospedalieri di Cernusco e di Melzo. Infine, per quest'area clinica l'Ao di Melegnano risponde alle reti interaziendali per l'Area Cardiologica pediatrica con l'Ao Bergamo (BG) e per l'Area della Terapia intensiva neonatale con l'Ao San Gerardo di Monza (MO) e deve attivare delle forme d'integrazione ospedale-territorio con i Pls e con i consultori pediatrici per ridurre gli accessi inappropriati al Pronto soccorso. Oltre a queste ipotesi di rafforzare le tre aree di specializzazione è emersa la possibilità di attivare una rete clinica di coordinamento tecnico-scientifico tra i presidi di Vizzolo, Melzo e Cernusco sul Naviglio (linea tratteggiata).

5.3. Area Ortopedia e Traumatologia

Il laboratorio con l'Area Ortopedia e Traumatologia ha visto la partecipazione dei responsabili delle rispettive Uo dei tre presidi (Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio e Melzo). Dall'analisi dei dati e dalle riflessioni emerse durante l'incontro sono riscontrabili alcune specializzazioni particolari dei professionisti che potrebbero essere valorizzate maggiormente in una logica di riorganizzazione a rete.

Il presidio di Melzo è maggiormente orientato verso l'area della protesica e del reimpianto di protesi in elezione. L'Uo potrebbe, quindi, assumere una vocazione sulla chirurgia d'elezione con una ripartizione di casi (70% prestazioni in elezione e 30% Traumatologia), che consentirebbe una minore fuga verso altre strutture extra-Ao.

Il presidio ospedaliero di Cernusco effettua tutte le tipologie di interventi con una vocazione prevalentemente traumatologica, dovuta anche alla particolare demografia/epidemiologia della popolazione di riferimento, prevalentemente anziana.

Il presidio di Vizzolo risponde alle esigenze del territorio di riferimento con vocazione prevalentemente traumatologica anche perché si trova in diretta concorrenza con le due strutture private accreditate (Humanitas e

Policlinico S. Donato) che effettuano una casistica di eccellenza. In prospettiva potrebbe investire maggiormente sulla *One Day Surgery (ODS)*, con l'attivazione maggiore dei posti-letto nell'area dedicata.

6. Conclusioni

La rilevanza politica, istituzionale, sociale e professionale delle scelte in materia di reti ospedaliere è ormai indiscutibile: progettare e attivare reti tra ospedali e tra professionisti, infatti, risponde al bisogno di perseguire, al contempo, condizioni di maggiore equità e migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza per i pazienti e di efficienza economica complessiva.

Tuttavia, come testimonia la storia degli ultimi venti anni, i processi di costruzione delle reti ospedaliere – per quanto ormai condivisi nelle motivazioni di fondo e supportati da schemi progettuali affermati (riportati nel paragrafo 2) – faticano a svilupparsi appieno nel contesto italiano per effetto della carenza di elementi informativi a sostegno della progettazione e di attenzione specifica ai processi implementativi.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Ao di Melegnano, i passi successivi al progetto sono stati i seguenti:

- la deliberazione nel settembre 2009 del Piano di organizzazione aziendale con la formalizzazione della strategia per la messa in rete degli ospedali e poliambulatori che ha previsto: i) l'applicazione di un modello di rete prevalentemente orientato sul *network* poli/antenne e del «pendolo»; ii) il coordinamento tecnico-scientifico per l'integrazione sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA); iii) l'identificazione di strutture complesse e semplici dipartimentali a vocazione aziendale;

- la definizione, a fine 2009, di un Progetto di sviluppo organizzativo dei dipartimenti per l'anno 2010 per individuare le aree cliniche su cui porre attenzione in termini di ambiti di attività da potenziare, da sviluppare in quanto innovative, da contrarre/ridurre o stabilizzare/consolidare alla luce delle logiche di rete, di pendolo e di riallocazione dei *case-mix* produttivi;

– l’approvazione a febbraio 2010 del piano di organizzazione aziendale da parte della Giunta regionale e a maggio 2010 da parte della Conferenza dei sindaci del territorio dell’Asl Milano 2.

Il modello proposto da questo lavoro di ricerca, e la sua traduzione pratica nel caso dell’Ao di Melegnano, vanno nella direzione di proporre una nuova traccia per migliorare l’efficacia dei processi di progettazione – alla ricerca di un sostenibile equilibrio tra interessi locali, professionali e di sistema – e di implementazione – che richiedono il consenso e il forte coinvolgimento dei professionisti e adeguati strumenti di controllo e indirizzo dei comportamenti. Per una riprogettazione efficace delle reti ospedaliere, infatti, sono necessarie almeno due condizioni tra di loro correlate e complementari che i manager delle aziende sanitarie devono prendere in considerazione:

– da un lato, una solida analisi dell’ambiente esterno e interno che permetta di individuare i fattori critici in base ai quali definire il modello organizzativo della rete ospedaliera. Nel caso dell’Ao di Melegnano le variabili che hanno condizionato in maniera significativa le ipotesi di riprogettazione della rete ospedaliera sono le vie di comunicazione e, quindi, i flussi di mobilità dei pazienti per l’ambiente esterno e le potenziali vocazioni specialistiche delle Uu.Oo. per l’ambiente interno;

– dall’altro, una fase di accompagnamento del processo di cambiamento da parte della direzione strategica aziendale (con un eventuale supporto di esperti esterni) per condividere le linee di sviluppo con i vari professionisti e per incidere sul reale processo di funzionamento delle unità operative, e quindi dei dipartimenti, nell’ottica di una migliore distribuzione della casistica trattata, di un maggior trasferimento di *know-how* e/o di un miglior coordinamento tecnico-scientifico tra i professionisti.

Infine, accanto a queste condizioni, è opportuno che le scelte progettuali sulla struttura organizzativa della rete ospedaliera siano coerenti con le caratteristiche strutturali aziendali (ad esempio, distribuzione omogenea, ampiezza e obsolescenza del parco

tecnologico) e vadano di pari passo con lo sviluppo di meccanismi operativi capaci di indirizzare i comportamenti del management e dei professionisti in relazione alle scelte progettuali effettuate (in particolare, sistemi di misurazione delle performance che orientino verso obiettivi sviluppo di una vera rete sinergica, innovazioni nei sistemi informativi che permettano alle Uu.Oo. di comunicare ed effettuare, se necessario, diagnosi e referenziazioni a distanza, sistemi di coordinamento con i servizi territoriali di emergenza e urgenza, ecc.).

Attribuzione

Sebbene il contributo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, a Clara Carbone sono attribuiti i §§ 4 e 5, ad Anna Prenestini i §§ 1 e 3, a Federico Lega il § 2, a Claudio Garbelli, Francesco Ceratti e Daniela Troiano l’elaborazione congiunta del § 6.

Note

1. Negli studi di strategia aziendale, la curva di esperienza è la rappresentazione grafica della relazione che lega l’andamento del costo medio unitario del bene prodotto al volume di produzione cumulata. È stato dimostrato che all’aumentare del volume di produzione cumulata (e quindi nel nostro caso dei volumi di ricovero cumulati) il costo medio del bene prodotto (del ricovero erogato) diminuisce, e tale diminuzione è legata al più alto livello di efficienza della produzione per effetto dell’esperienza.
2. Per un approfondimento sul tema delle recenti politiche regionali relative alle reti ospedaliere si veda Lega, Mauri, Prenestini (2010).
3. Tale fenomeno è altrettanto rilevante nel caso dei gruppi multiospedalieri privati, che rappresentano una presenza sempre più importante nei contesti regionali e locali. Questo articolo, tuttavia, si focalizza sul fenomeno delle aziende sanitarie multipresidio del settore pubblico.
4. Si pensi, ad esempio, all’esperienza dell’Asl di Cagliari (il cui percorso di riprogettazione della rete ospedaliera è stato seguito dagli stessi ricercatori del CERGAS e della SDA Bocconi negli anni 2005-2007), cui appartengono giuridicamente ospedali generalisti di grandi dimensioni all’interno dell’area metropolitana, ospedali generalisti di piccole dimensioni nelle aree periferiche della provincia e ospedali a vocazione monospecialistica.
5. Per effettuare tale analisi viene utilizzato il sistema di classificazione per linee produttive proposto da Baldino e Parma (2003). Tale metodo raggruppa gli eventi di ricovero sulla base di alcuni dati inclusi nella Sdo (Scheda di dimissione ospedaliera) con l’obiettivo di riuscire a rappresentare la produzione ospedaliera secondo un’ottica gestionale, di sintesi e funzionale alle analisi di *benchmarking*.
6. Nel caso delle reti ospedaliere per dipartimenti interpresidio è particolarmente efficace procedere con

laboratori che coinvolgono singoli dipartimenti e ai quali partecipano il direttore di dipartimento, i direttori di Uu.Oo., i coordinatori infermieristici e altri ruoli di integrazione previsti.

7. Si segnala che l'analisi presentata in questo paragrafo non tiene in considerazione i dati del presidio ospedaliero di Vaprio in quanto accorpato all'Ao di Melegnano durante il periodo di svolgimento del progetto.

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

- BALDINO L., PARMA E. (2003), «Linee di prodotto: segmentazione del mercato dei ricoveri», *Mecosan*, 12(45), pp. 103-119
- BELLIO E., BUCCOLIERO L., PRENESTINI A. (2009), «Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- BENSA G., CARBONE C., LEGA F. (2008), «Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa» in E. Anesi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BLACK A. (2002), «Education and debate: reconfiguring health systems», *BMJ*, 325(7375), pp. 1290-1293.
- BURHMAL B. (2002) «The Future is Now», *Health Facilities Management*, mar, pp. 16-22.
- EDWARDS N., WYATT S., MCKEE M. (2004), «Configuring the Hospital in the 21° Century», in *Policy Brief n°4*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FULOP N., PROTOPSALTIS G., HUTCHINGS A., KING A., ALLEN P., NORMAND C. et al. (2005), «Changing organizations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England», *Social Science and Medicine*, 60(1), pp. 119-30.
- HERNANDEZ S.R. (2000), «Horizontal and vertical healthcare integration», *Healthcare papers*, 1(2), pp. 59-65.
- LEGA F. (2001), «Organizzazione, strategia e gestione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie multi-ospedale: proposta, analisi e discussione di possibili assetti di riferimento», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 2-17.
- LEGA F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive*, Egea, Milano.
- LEGA F., MAURI M., PRENESTINI A. (2010), *L'ospedale tra presente e futuro*, Egea, Milano.
- LEWIN K. (1946), «Action research and minority problems», *Journal of Social Issues*, 2, pp. 34-46.
- MCKEE M., HEALY J. (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, Buckingham.
- SCHULZ E., LEIDL R., KÖNIG H. (2004) «The impact of ageing on hospital care and long-term care. The example of Germany», *Health Policy*, 67, pp. 57-74.

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**.

Capitale sociale e qualità dei sistemi sanitari: una prima ipotesi di causazione

CRISTIANA ABBAFATI, FEDERICO SPANDONARO

The paper analyses the possible causes of the failures of Southern Italian health systems. The social capital aims to offer an explanation of the varying levels of efficiency of Italian health services. The result is a theoretical hypothesis in which social capital comes into play as a key factor especially determining the quality of health services. This is followed by the definition and calculation of a performance index (PI) and the estimation of a linear regression model, testing if the PI of the regions is dependent upon the index of social capital and variables which give the determinants of the organizational efficiency of health services and the quality of human capital. The concluding remarks end the paper.

Keywords: social capital, public health services, performance

Parole chiave: capitale sociale, sistemi sanitari pubblici, performance

Note sugli autori

Cristiana Abbafati è ricercatrice, presso il Dipartimento di Analisi Economiche e sociali, Università di Roma «La Sapienza», cristiana.abbafati@uniroma1.it
Federico Spandonaro è ricercatore, presso il Dipartimento di Studi Economico-Finanziari e Metodi Quantitativi, Università di Roma «Tor Vergata»

Ringraziamenti

Si ringrazia, per le elaborazioni, Cristina Alato

1. Introduzione

Il presente contributo si propone di effettuare un primo tentativo di analisi delle possibili cause esogene dei fallimenti dei sistemi sanitari pubblici meridionali e, nello specifico, del ruolo del capitale sociale.

Il presupposto di indagine scaturisce dall'evidenza dei disavanzi sanitari registrati da alcune Regioni italiane e, più recentemente, da alcuni studi (Pammolli, Papa, Salerno, 2009) che lasciano intendere ed evidenziano una ineguaglianza tanto di efficienza quanto di qualità attribuibile ai servizi sanitari meridionali.

Nel dibattito in corso, la concentrazione geografica dei «fallimenti» è aspetto non sufficientemente analizzato lasciando, implicitamente, intendere che possa essere il semplice effetto di una scarsa «volontà» politica di intraprendere percorsi virtuosi.

Ne discenderebbe che la soluzione al problema sarebbe totalmente endogena al sistema sanitario: la volontà politica, e quindi la chiara indicazione (e perseguimento) degli obiettivi di risanamento, permetterebbe la scelta di un management migliore, e la creazione di una cultura aziendale più favorevole al cambiamento.

Rimane però sospesa la domanda di fondo: che cos'è che non permette la creazione di una volontà politica adeguata in alcune Regioni? Aspetto, quest'ultimo, che rimane, almeno parzialmente, esogeno al contesto sanitario.

Tra le teorie giustificative del ritardo complessivo di sviluppo del mezzogiorno italiano, interessante è il dibattito sulla valenza specifica di una teoria fondata sulla carenza di capitale sociale (Putnam, 1993, Scandizzo,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Capitale sociale
3. Approccio valoristico
4. Performance sistemi sanitari pubblici
5. Stima
6. Risultati
7. Conclusioni

2003). Sommato ai fattori produttivi «classici», il capitale sociale o *civicness*, determinando la qualità della società civile, diventa foriero di un *humus* produttivo necessario allo sviluppo di meccanismi autopropulsivi di sviluppo locale. Interessanti spunti di riflessione in questa direzione provengono da ulteriori approcci teorici che, pur non trattando direttamente l'argomento da noi sviluppato, offrono una sponda teorica per procedere in tal senso.

Il legame verificato tra qualità dei servizi sanitari e distribuzione ineguale del reddito (Jappelli, Pistaferri, Weber, 2007) nonché la relazione diretta tra capitale sociale, *health outcome* (inteso come tasso di mortalità) e *income inequality*¹ (Kawachi *et al.*, 1997) rappresentano, come già detto, i presupposti teorici a completamento del nostro impianto analitico.

Ne consegue l'opportunità, dal nostro punto di vista, di cogliere il costrutto esplicativo del capitale sociale per tentare di offrire una spiegazione del perché l'efficienza dei servizi sanitari italiani possa risultare diversificata a livello di ripartizioni regionali, stante l'evidente constatazione per cui il capitale sociale è carente in tutte le Regioni meridionali (Cartocci, 2007).

A sostegno dell'ipotesi, ci sembra poter richiamare la riconosciuta complessità delle strutture sanitarie, che non permette, anche al più efficace dei sistemi di controllo centralistico, di governare il sistema in tutti i suoi aspetti: la nostra ipotesi è che l'efficienza dei sistemi stessi passi (anche) per gli incentivi generati *bottom up* dalla partecipazione, dalla critica, dalla valutazione dei processi assistenziali espresse dai cittadini, singoli e associati. In alti termini, potremmo dire che, se la scelta (media) dei cittadini non fosse quella di pretendere un servizio pubblico adeguato ma piuttosto quella di ricercare una soluzione al proprio bisogno individualistico (i.e. mediante la «raccomandazione» del proprio caso personale), allora si potrebbero generare disincentivi per una migliore qualità della politica e, a cascata, del management (pur sempre scelto, almeno nelle posizioni apicali, dalla politica); allo stesso tempo, si favorirebbero processi culturali di conservazione dello *status quo*, penalizzanti ogni istanza di cambiamento.

Ne è derivata una ipotesi teorica per la quale il capitale sociale entra in gioco come fattore chiave per la determinazione della qualità dei servizi sanitari e, quindi, per una complessiva efficienza dei sistemi.

Una precisazione pare necessaria: il nostro approccio esclude, volutamente, di affrontare e discutere tutta quella letteratura che, negli ultimi anni, ha sostenuto la relazione tra capitale sociale e *health* (Laporte, Nauenberg, Shen, 2008; Folland, 2008a; Yamamura, 2010) per due ordini di motivi. Il primo ha a che fare con la natura univoca della relazione tra capitale sociale e salute considerata come unico *outcome* che trascura, invece, tutta una serie di questioni fondamentali per il nostro Paese concernenti l'organizzazione dell'intero sistema sanitario. Il secondo, conseguente, riguarda la specificità della condizione del Mezzogiorno italiano, cioè un vero e proprio «problema sud», inesistente in tutti quei Paesi ove l'indagine capitale sociale e salute è stata condotta.

In questo senso, preso atto della difficoltà di offrire una misura di efficienza che superi il semplice concetto di disavanzo e quello, altrettanto semplicistico, della mortalità come risultato efficiente di intervento, abbiamo proceduto alla determinazione di un *indice performance (IP)* con l'obiettivo di cogliere quanto più possibile complessivamente la portata esplicativa del concetto di efficienza (tecnica, allocativa, ecc.), efficacia e qualità. Definire la performance, come anche individuare una metodologia in grado di misurarla, esula dagli scopi del presente contributo: la costruzione dell'indice di performance ha, quindi, un ruolo meramente ancillare rispetto all'obiettivo di testare l'ipotesi di un ruolo del capitale sociale nel perseguimento dei risultati dei Servizi sanitari regionali (Ssr).

A tal fine, ci si è limitati a sintetizzare, con una opportuna tecnica statistica, alcuni indicatori ampiamente ritenuti «argomenti» della performance di un sistema sanitario. Il passo successivo è stato quello di definire e calcolare un modello di regressione lineare, nel quale, l'indice di performance (IP) delle Regioni è stato considerato dipendente dell'indice di capitale sociale di Cartocci (2007) e di alcune variabili in grado di cogliere le determinanti dell'efficienza organizzativa dei servizi sanitari e la qualità del capitale uma-

no. Le considerazioni conclusive chiudono il lavoro.

2. Il concetto di capitale sociale

Non è possibile individuare una definizione univocamente accettata di capitale sociale. Nei diversi ambiti in cui il concetto ha trovato applicazione (sociologia, economia e politologia), esso ha assunto accezioni diverse che presentano, però, un elemento comune: il capitale sociale è una risorsa fondata sull'esistenza di un qualche tipo di relazioni e/o di norme sociali.

È a partire dagli anni ottanta che il concetto di capitale sociale inizia ad assumere particolare rilievo, in particolare grazie ai contributi di Pierre Bourdieu (1986) e James Coleman (1988; 1990), come fattore fondamentale nel promuovere la diffusione e la creazione di conoscenza a livello di apprendimento individuale (Loury, 1977; Bourdieu, 1986; Coleman 1988), come elemento in grado di garantire l'efficienza delle istituzioni (Putnam, 1993; La Porta, Lopez-de-Silanes, Vishny, 1997; Knack, 2002), come fattore utile a promuovere lo sviluppo del sistema finanziario (Guiso, Sapienza, Zingales, 2004) e la performance a livello d'azienda (Chiesi, 2005) e, infine, come fattore utile a favorire la crescita economica a livello aggregato (Knack, Keefer, 1997; Narayan, Pritchett, 1999; Zak, Knack, 2001).

La molteplicità di approcci definitori è essenzialmente fondata su una distinzione di capitale sociale come risorsa collettiva e come risorsa individuale (Degli Antoni, 2005).

Nel momento in cui il capitale sociale si inquadra nell'analisi di comunità, di reti di relazioni e di norme sociali fondamentali allo sviluppo socio-economico (Putnam, 1993; Fukuyama, 1995; ma più recentemente World Bank, 2004) esso assume una dimensione collettiva basata su comportamenti prevedibili, corretti e cooperativi, su norme comunemente condivise (Narayan, Pritchett, 1999).

Nel caso del capitale sociale come risorsa individuale, la prospettiva d'analisi si sposta sul singolo soggetto e sulle relazioni sociali² che esso riesce a instaurare con altri. Gli agenti, in parte, erediterebbero il capitale sociale attraverso il sistema parentale, e in parte lo genererebbero attivamente, tessendo

delle reti di relazioni interpersonali per cui il complesso sistema delle relazioni a offrire al singolo individuo una risorsa utile alla definizione di comportamenti ottimizzanti. (nei lavori di Glaeser, Laibson e Sacerdote, 2000, l'approccio individualista allo studio del capitale sociale si avvale di una sottile distinzione teorica tra capitale umano³ e sociale).

Ne è conseguita analoga molteplicità per gli approcci empirici. Dalla stima della fiducia negli altri (Knack, Keefer, 1997) calcolata ricorrendo alle informazioni della *World Values Surveys*⁴ alla quantificazione del livello di *civic community* come indice sintetico basato sui criteri alla Putnam (1993), alla misura della dimensione strutturale di *social network* (Sabatini, 2005). Altri offrono misure più attinenti (Degli Antoni, 2005) al concetto di affidabilità e alla presenza di una struttura di relazioni sociali cooperative,⁵ mentre alcuni (Glaeser, Laibson, Scheinkman, Soutter, 2000) colgono l'aspetto individuale del capitale sociale attraverso il livello di istruzione dei genitori, il numero di ore spese per volontariato e il numero di amici stretti. Infine, Chiesi (2005), per il quale il capitale sociale si pone come «numerosità e struttura delle relazioni personali relativamente stabili, basate sulla reputazione, che possono essere mobilitate dal soggetto per raggiungere i propri scopi», ritiene vada rilevato tra i piccoli imprenditori e la loro rete di relazioni.

3. Capitale sociale come sistema valoristico

Adottare una nozione di capitale sociale più consona ai nostri fini significa addentrarsi nell'analisi di una produzione scientifica che, come illustrato nel paragrafo precedente, negli ultimi venti - trent'anni ha offerto punti di vista variegati e molteplici.

Coerentemente con il principio semplice dell'analogia, almeno per quanto attiene alla spiegazione, seppur economica, del divario tra nord e sud del nostro Paese, il primo contributo interessante per noi è il lavoro di Putnam (1993), che evidenzia alcuni elementi distintivi che enfatizzano la rete di relazioni e i rapporti fiduciari in grado di creare una condizione «societaria» nella quale il gioco è, come si dice, a somma positiva: ci guadagnano i singoli e la comunità.

Nel suo lavoro «La tradizione civica delle regioni italiane» l'autore pone l'accento sul deficit di comunità civica (*civicness*) che contraddistingue il mezzogiorno del nostro Paese (spiegabile già negli anni '70 con quello che Banfield (1976) definì familismo ammorale, per cui la regola che indirizza i comportamenti umani è quella di massimizzare gli interessi tangibili e immediati della famiglia nucleare. La veridicità di questa regola genera rapporti sociali poveri e legami esclusivamente interfamiliari) e che ne compromette sia la qualità della politica, sia quella delle istituzioni, minando di conseguenza le opportunità di sviluppo economico.

L'approccio di Putnam e, se vogliamo, anche quello di Coleman (1988), ponendo entrambi l'accento sulla natura relazionale del capitale sociale, non esauriscono, pur tuttavia, la portata esplicativa ai nostri fini necessaria.⁶

La questione sostanziale è, per noi, disporre di una definizione di capitale sociale in grado di contemplare e giustificare comportamenti individuali massimizzanti ma, al contempo, rispettosi di un interesse collettivo.

Ciò significa riconoscere l'esistenza fondamentale di una rete di relazioni formali e informali in cui l'individualismo costituisce il fulcro (approccio atomista) della rete ma ammettere, allo stesso tempo, una forma di obbligazione morale condizionante, in senso positivamente vantaggioso per la comunità, i comportamenti opportunistici.

In questa direzione, convincente, per le peculiarità specifiche del nostro lavoro, è l'approccio normativo di Cartocci (2007).

Esso, riconoscendo l'esistenza di un collettivo di valori condiviso, consente ai singoli di riconoscersi come affini sviluppando empatia e compartecipazione. L'individuo, infatti, si identifica in un fine e non semplicemente in un mezzo (Cartocci, 2007). Ciò significa sviluppare un interesse non miope e aperto al bene comune in grado di garantire relazioni fiduciarie necessarie al superamento di comportamenti opportunistici. La conseguenza è la definizione di un imperativo etico all'obbligazione libera (vedi Sen, 1986)⁷ per la quale si giustificano, ad esempio, comportamenti altruistici come la sollecitudine verso i figli degli altri o il soccorso

prestato a estranei quando si verificano condizioni di pericolo o sciagure naturali.

Il sistema dei valori a cui Cartocci fa riferimento è quello di Altan (1992), secondo cui i valori stessi vanno intesi come dimensione irriducibile a considerazioni di puro vantaggio personale e di consapevole utilità per il singolo: «Il sistema dei valori fondante il capitale sociale elimina l'esito aggregato di una somma di decisioni opportunistiche dettate dalla stretta razionalità individuale e rende possibile la cooperazione senza la necessità di un terzo *hobbesiano*».

La partecipazione alla vita sociale diviene scopo e gratificazione per l'individuo, perché, secondo Altan (1992), l'esperienza umana si esprime secondo due registri «il primo razionale e il secondo simbolico cioè una forma di identificazione che si costruisce con il dover essere».

L'aspetto «valoristico» del capitale sociale, diventa il paradigma di riferimento per spiegare il significato di comunità civica ovvero di una conformazione della società civile ove l'impegno civico (cioè l'interesse per le questioni della vita pubblica e la partecipazione ai problemi della comunità), la solidarietà, la fiducia reciproca, la tolleranza per le opinioni altrui nonché la presenza di libere associazioni fanno sì che gli individui entrino in relazioni cooperative. Solo quando il singolo individuo è inserito «in un orizzonte di moralità che trasfigura gli altri come valori» (Cartocci, 2007) allora si assiste alla subordinazione dell'interesse personale a quello collettivo (esempio pagamento del biglietto tram, del ticket sanitario e del rispetto dell'ordine nelle liste di attesa) e all'osservazione delle regole nella convinzione che gli altri faranno lo stesso (anche in Guiso, Sapienza, Zingales, 2004).

Convincendoci della sua accezione di capitale sociale in grado di coniugare il paradosso dell'azione collettiva e le reti di relazioni, Cartocci ci consente di adottare l'espressione di capitale sociale come risorsa collettiva, indivisibile e come bene pubblico: lo stock di capitale sociale determina il grado di coesione sociale, i legami orizzontali cioè quelli con gli sconosciuti (per ampiezza e profondità) e la natura delle relazioni con le istituzioni. In poche parole, qualità della società civile che, inevitabilmente, si riflette sulla qualità delle istituzioni e del tessuto

etico entro il quale avvengono le relazioni di mercato e non, cioè affidabilità degli attori, rispetto delle regole, ridotta incidenza dei comportamenti opportunistici, lealtà verso le istituzioni. Dal punto di vista del cittadino, in questa accezione, il capitale sociale viene vissuto come obbligazione⁸ morale, cioè come libero assoggettarsi a una regola, informale ma non meno vincolante (Cartocci, 2007).

4. Capitale sociale e qualità dei servizi sanitari

Come anticipato nell'introduzione, l'obiettivo di questo lavoro è mostrare l'esistenza di una di relazione positiva tra capitale sociale e performance dei servizi sanitari pubblici. In questo senso, l'approccio valoristico di Cartocci (2007), riconoscendo l'esistenza di un costrutto di valori moralmente determinanti la cooperazione sociale e il rispetto delle istituzioni, offre la giustificazione teorica per affermare che una carenza o una bassa qualità della società civile, determinando comportamenti opportunistici lesivi dell'interesse collettivo, si traduce in *outcome* istituzionali e sociali di scarsa qualità.

La questione fondamentale attiene all'applicabilità di tale paradigma al funzionamento dei servizi sanitari pubblici, in particolare a quelli delle Regioni del Mezzogiorno.

Quello che preme qui sottolineare è la direzione del nesso tra livello di capitale sociale, determinato principalmente dalla storia, dalle tradizioni e dal contesto sociale e l'efficienza dei soggetti istituzionali. Il capitale sociale inteso come insieme di regole e comportamenti sociali (fiducia, reciprocità, senso civico, ecc.), favorendo il coordinamento delle azioni individuali e il superamento dei dilemmi dell'azione collettiva, pare conferire autonomia operativa alle stesse strutture istituzionali.

Ciò significa riconoscere che le istituzioni e i governi locali sono in grado non solo di definire le regole di condotta o a esercitare funzioni di *enforcement*, ma, allo stesso tempo, diventano capaci di provvedere alla realizzazione di beni pubblici di carattere tangibile e intangibile, che permettono il superamento di problemi di coordinamento e di incompletezza dei mercati locali ed entrano

come *input* nei processi produttivi e nelle interazioni sociali a livello comunitario.

La questione appare doppiamente interessante, posto che il capitale sociale sembra essere in grado di garantire l'ottimo funzionamento istituzionale, il rispetto sociale delle istituzioni e, di conseguenza, la loro «capacità produttiva».

Mentre il mercato concorrenziale garantisce l'ottimo pareto, il capitale sociale definisce le condizioni civiche fondamentali al funzionamento efficiente dei mercati e delle istituzioni e quindi all'ottimo sociale. Il capitale sociale, come costruito di valori condiviso, esclude comportamenti opportunistici per il tramite di una obbligazione morale aderente alla morale civica legata al riconoscimento di un «bene comune» per cui si qualifica come una delle caratteristiche fondamentali (al pari della perfetta informazione della concorrenza pura e perfetta, per intenderci) necessarie a garantire l'ottimalità dei risultati e il cui venir meno produce il fallimento del «mercato sociale». Esso diventa fondamentale nell'assicurare la riduzione di comportamenti individuali di tipo *free rider* che, in questo contesto, potremmo declinare come problemi di tipo *social free riding*. Ne discende che l'ottimalità dell'attivismo istituzionale diventa fondamentale anche per il mercato delle prestazioni sanitarie peculiarmente⁹ caratterizzato. La salute è considerabile, a tutti gli effetti, un bene economico. E, altresì, è considerabile un bene pubblico particolare, visto che non si configura come un bene pubblico in senso stretto (o beni pubblici puri) ma come bene di merito e le prestazioni sanitarie sono prevalentemente prodotte da organizzazioni sanitarie pubbliche.

Ne deriva la possibilità di applicare il paradigma del capitale sociale alla strutturazione sistemica del servizio sanitario pubblico. In particolare, l'approccio valoristico del capitale sociale da noi adottato, contemplando il dono del sé,¹⁰ si presenta esclusivamente appropriato, per via della connotazione specifica della salute come bene non di mercato, a spiegare la performance del servizio sanitario pubblico.

A sostegno di quanto sopra esposto si aggiunge una rilevata complessità sistemica del Servizio sanitario nazionale (Ssn) che, anche per la sua natura pubblica, rende inefficace l'applicazione di un tipo di programmazione

top down (es. regolamentazione sul numero dei posti-letto), come si dimostra con la reiterata inapplicazione delle norme di programmazione (un esempio per tutti è rappresentato dalla L. 595/1985); in linea teorica, tale regolamentazione dovrebbe definire un perimetro organizzativo efficiente ma, al contrario, diventa praticamente quasi pletrica se privata di incentivi interni al sistema e forme di «controllo» dal basso capaci di sostenerla. Ad esempio, la differente efficacia delle forme di (dis)incentivo introdotte dal D.L.vo 502/1992, quali il pagamento prospettico a Drg degli ospedali, nelle varie aree geografiche del Paese, a parità di regole, ci sembra possa ipotizzarsi spiegata dalla differente intensità geografica delle forme di «controllo» dal basso.

L'ipotesi sottostante è quella legata al riconoscimento di una problematica di tipo *signal extraction*.

Il mercato delle prestazioni sanitarie, come è già stato detto, è peculiarmente caratterizzato, per cui tutte le possibili forme di inefficienza erogatoria si traducono in due distinte forme di defezione dell'utente. Se il bisogno sanitario è solo parzialmente soddisfatto, o è soddisfatto in maniera impropria o con una tempistica non tempestiva, l'utente può ricorrere al settore privato o può esprimere il proprio dissenso attraverso la via divulgativa, ovvero per il tramite delle associazioni a tutela del malato o della via politica, usata propriamente come sintesi delle istanze dei cittadini o impropriamente come scorciatoia alla soluzione, in questo caso, di un problema di salute.

Prescindendo, dato l'oggetto dell'analisi, da una serie di problemi che attengono a questioni di iniquità (ricorre al settore privato solo chi, pur già pagando le tasse, è disposto a ulteriore esborso monetario) e di solidarietà sociale, emerge una diversa capacità risolutoria, con conseguenti effetti, del canale «pubblico» (associazionismo o politica), rispetto a quello basato su forme di rete opportunistiche. In altri termini, la carenza di qualità della società civile, fa mancare, altresì, quel controllo dal basso che rende espliciti i segnali di mercato e rende efficaci gli incentivi sistemici all'efficienza.

Ribaltando l'ottica, possiamo dire che la conseguenza è che una organizzazione sistemica in grado di funzionare per via di una

qualche forma di controllo dal basso, ovvero per via dell'obbligazione morale che discende dal capitale sociale secondo l'approccio valoristico, pare costituire uno scenario teorico di ottimalità.

La questione è dunque particolarmente complessa proprio per la moltitudine di aspetti che pare cogliere e tra i quali non si escludono, ad esempio, la qualità del management, il funzionamento del sistema politico e la cultura aziendale. Quest'ultimi, come l'efficienza *top down* delle istituzioni e il controllo *bottom up* sul funzionamento delle stesse, paiono fortemente condizionati dalla qualità della società civile che, come prima cosa, definisce la qualità civica dei singoli soggetti rendendoli dapprima cittadini, poi, secondariamente, manager. Dal nostro punto di vista, il capitale sociale, permeando la società, assume una connotazione antropologica che costituisce il presupposto indispensabile all'azione ottimale di soggetti e quindi delle istituzioni.

Il nostro tentativo è quello di offrire un approccio in grado di cogliere la direzione del possibile nesso di causazione tra capitale sociale e performance dei servizi sanitari. Adottando il moderno concetto di qualità del servizio sanitario (Stiles, Mick, 1994), per cui l'organizzazione del servizio dovrebbe rispondere a fare ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica), con il costo più appropriato (efficienza), facendo esercitare gli interventi sanitari a chi è competente (competenza) e ottenendo i risultati migliori (soddisfazione), possiamo ipotizzare che un meccanismo sistemico con caratteristiche di basso capitale sociale (sulla distribuzione territoriale del capitale sociale si veda il **grafico 1**) e moderna qualità dei servizi sanitari si inceppi per via di una causalità basata su un gioco di rimandi: inefficienza delle istituzioni sanitarie, inefficienza delle prestazioni, insoddisfazione, mortificazione dei diritti del paziente/cittadino, ingiustizia diffusa e, poi, sviluppo dell'economia informale e, infine, ineguaglianza di reddito.

Ai fini dell'analisi resta aperta una fondamentale questione: come misurare e/o valutare la performance del servizio sanitario nazionale.

Rimandando al paragrafo successivo la costruzione dell'indice di performance,

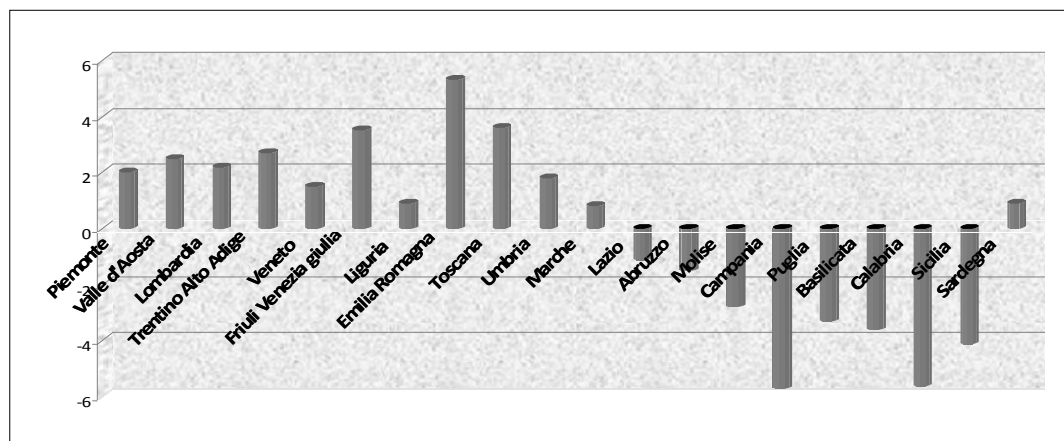


Grafico 1

Distribuzione regionale dell'indice di capitale sociale

Fonte: ns elaborazione su dati Cartocci (2007)

Denominazione estesa	Denominazione abbreviata
Persone molto soddisfatte assistenza medica ospedaliera	P_{am}
Persone molto soddisfatte assistenza infermieristica ospedaliera	P_{ai}
Persone molto soddisfatte servizi igienici ospedalieri	P_{si}
Attese oltre i 20 minuti delle persone di 18 anni e più che si sono recate alla Asl (tassi per 100 persone)	T_a
Tasso standardizzato di almeno una malattia cronica grave	T_c
Mortalità maschile evitabile	M_{em}
Mortalità femminile evitabile	M_{ef}
Disavanzo procapite (milioni di euro)	D_{pc}

Tabella 1

ACP: variabili utilizzate
Fonte: Istat (2005 e 2007)

ci limitiamo qui a ribadire come un'offerta adeguata di servizi sanitari (in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali, rispetto ai Livelli essenziali di assistenza e integrazione socio-sanitaria) condizioni positivamente le opportunità di sviluppo delle persone e dei territori, favorendo l'equità territoriale e socio-economica e contrastando l'esclusione sociale. Pur tuttavia, la differente performance dei sistemi sanitari non sembra dipendere esclusivamente dai diversi modelli organizzativi adottati a livello regionale, ma piuttosto dalla *governance* complessiva, intesa tanto come capacità di produrre risultati per i cittadini, in termini di salute, soddisfazione dei bisogni, accessibilità e qualità dei servizi, quanto per la pubblica amministrazione in termini di efficienza complessiva e contenimento della spesa (Ministero Economia e Finanze, 2009).

A queste tre categorie ci si è attenuti per la costruzione della misura di performance.

5. L'indice di performance

Il processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera nelle Regioni è ormai da diversi anni uno dei principali snodi delle politiche di contenimento della spesa pubblica, nell'ambito della quale il controllo della spesa sanitaria è perseguito attraverso un coordinamento istituzionale fra Stato e Regioni basato su specifici parametri di spesa e organizzazione (livelli di offerta), fra i quali, particolarmente significativi, sono gli standard di posti-letto e il tasso di ospedalizzazione. Pur tuttavia, questo, dal nostro punto di vista, pare cogliere solo una parte degli aspetti rilevanti per la performance.

Viceversa, la determinazione di un indice di performance in grado di sintetizzare al suo interno anche il concetto «moderno» di qualità passa per considerare tutta una serie di variabili capaci di cogliere, meglio di altre, la dimensione di efficienza tecnica ed economica oltre che quella di efficacia, almeno dal punto di vista clinico e della *customer satisfaction* (tabella 1).

A tal fine, mediante l'analisi per componenti principali abbiamo proceduto a sintetizzare otto variabili calcolate su base regionale, per le quali, di seguito presentiamo la denominazione estesa e la necessaria denominazione abbreviata.

Oltre il disavanzo finanziario, che pur con alcuni limiti fornisce una indicazione della (in)efficienza economica, con le variabili P_{am} , P_{ai} e P_{si} si è cercato di cogliere la performance percepita dai cittadini, attraverso il livello di soddisfazione dei fruitori del servizio sanitario pubblico.

Con le restanti variabili si cercato di cogliere l'elemento dell'*outcome*: la T_c con riguardo alla cronicità e la M_{em} e M_{ef} alla mortalità evitabile.

L'informazione complessiva, rappresentata dall'insieme di variabili utilizzate, è stata ridotta attraverso l'analisi delle componenti principali (ACP), la quale ha permesso di estrarre due componenti in

grado di riprodurre il 76,7% della varianza totale. I risultati sono riportati nella **tabella 2**.

Dalla tabella si evince che la prima componente estratta è in grado di spiegare il 53% della variabilità complessiva, rappresentando, sostanzialmente, la componente di qualità percepita e di performance economica; la seconda, contribuisce alla spiegazione di un ulteriore 23% della variabilità totale e rappresenta la qualità clinica (cronicità, e mortalità evitabile).

Nella analisi multivariata seguente viene adottata, come indice di performance, la sintesi espressa dalla prima componente e ottenuta mediante punteggio fattoriale (**tabella 3**).

Ne discende, che l'indice di performance è fortemente legato alle dimensioni della *customer satisfaction* e della efficienza economica, presentando, a livello regionale le differenze elencate nella **tabella 4**.

Tabella 2

Analisi Componenti
Principali: varianza totale spiegata

Fonte: ns elaborazioni

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	4,285	53,567	53,567	4,285	53,567	53,567	4,275	53,436	53,436
2	1,845	23,067	76,634	1,845	23,067	76,634	1,856	23,198	76,634
3	0,720	9,001	85,635						
4	0,533	6,667	92,302						
5	0,282	3,522	95,824						
6	0,152	1,904	97,728						
7	0,146	1,822	99,550						
8	0,036	0,450	100,000						

Tabella 3

Analisi Componenti
Principali: Matrice dei componenti

Fonte: ns elaborazioni

	Componente	
	1	2
Persone molto soddisfatte assistenza medica ospedaliera	0,952	0,008
Persone molto soddisfatte assistenza infermieristica ospedaliera	0,944	0,012
Persone molto soddisfatte servizi igienici ospedalieri	0,872	0,059
Attese oltre i 20 minuti delle persone di 18 anni e più che si sono recate alla Asl	-0,862	-0,034
Tasso standardizzato di almeno una malattia cronica grave	-0,693	-0,225
Mortalità evitabile maschile	0,312	0,869
Mortalità evitabile femminile	-0,122	0,937
Disavanzo procapite (milioni di euro)	0,618	-0,410

6. Il modello di stima e i risultati

Il successivo passo è stato quello di verificare l'esistenza e la direzione del nesso di causazione tra capitale sociale (fattore esogeno), l'indice di performance precedentemente sintetizzato (come detto, I componente ACP) e alcune variabili di rappresentazione dell'efficienza organizzativa (fattori endogeni). Per la stima del modello di regressione lineare utilizzato si è utilizzata una procedura del tipo del tipo *stepwise* con *backward elimination*.

Preme sottolineare che la finalità precipua del nostro lavoro è, allo stato attuale, quella di sollecitare l'attenzione verso una caratterizzazione della società italiana (o almeno di parte di essa) che, finora, almeno per i temi dell'economia sanitaria, è stata trascurata. Come già scritto, tanti e variegati sono i contributi su capitale sociale e salute, ma pochi (o forse nulli) sono quelli relativi a capitale sociale e performance dei servizi sanitari pubblici, per cui il modello che presentiamo ha l'evidente obiettivo di trovare prime conferme empiriche circa l'esistenza di un qualche ruolo del capitale sociale e di evidenziare i possibili difetti di un modello che è ancora allo stato preliminare.

Una prima conferma è deducibile dal **grafico 2**. Delle 22 Regioni, quelle ad alto indice di capitale sociale sono a più alto indice di performance.

Regione	Indice di performance
Piemonte	0,62658
Valle d'Aosta	0,40794
Lombardia	0,53778
Provincia Autonoma di Bolzano	1,71797
Provincia Autonoma di Trento	1,88918
Veneto	0,78139
Friuli Venezia Giulia	0,88782
Liguria	-0,02781
Emilia Romagna	1,30969
Toscana	0,60264
Umbria	-0,00126
Marche	-0,12915
Lazio	-0,76082
Abruzzo	-0,7593
Molise	-0,65185
Campania	-1,39117
Puglia	-0,99425
Basilicata	-1,28788
Calabria	-0,96887
Sicilia	-1,36096
Sardegna	-0,42768

Una seconda conferma è, altresì, verificata per via di un modello di regressione lineare ove l'indice di performance è stato regredito sulle variabili esplicative elencate nella **tabella 5**.

Tabella 4
Indice di performance regionale
Fonte: ns elaborazioni

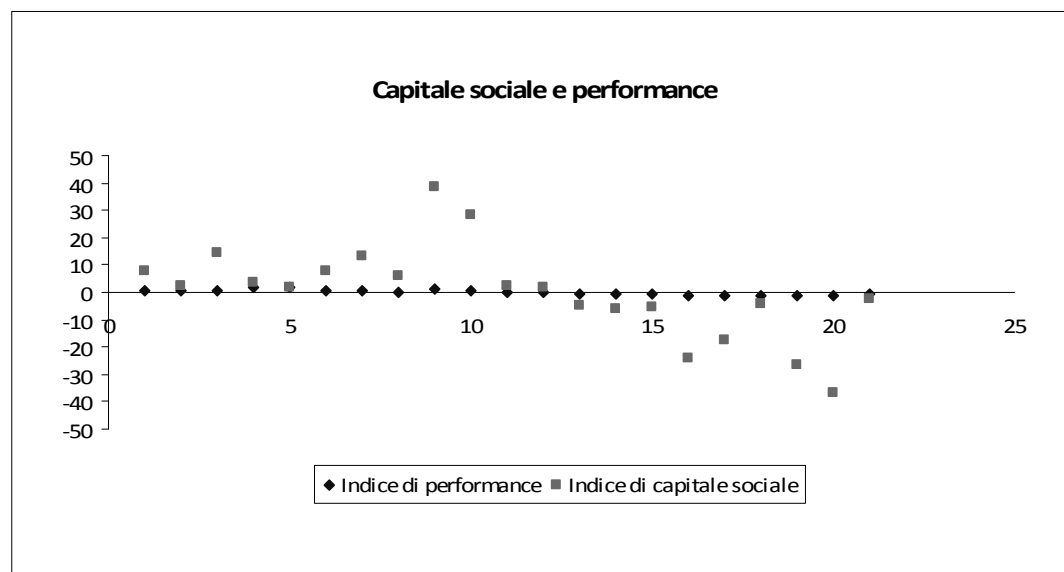


Grafico 2
Capitale sociale e performance
Fonte: ns elaborazioni

Tabella 5

Regressione: variabili utilizzate

Fonte: Ministero della Salute (2007), Istat (2005-3 2007), Ministero Economia e Finanze (2010)

Denominazione estesa	Denominazione abbreviata
Indice di capitale sociale (*)	CS
Percentuale di popolazione con licenza media inferiore	E
Posti-letto per non acuti su 1.000 residenti	PLna
Posti-letto per acuti su 1.000 abitanti	PLa
Tasso medici e odontoiatri dipendenti del Ssn	Pers
Tasso personale infermieristico per 10.000	Inf
Numero totale apparecchiature ALI (acceleratore lineare) su 1.000.000 residenti	ALI
Numero totale di apparecchiature di Risonanza Magnetica su 1.000.000 di residenti	TRM
Numero totale di apparecchiature Tac su 1.000.000 di residenti	Tac

(*) Si tratta di un indice costruito traendo ispirazione dal primo lavoro di Putnam. Variabili: copie di quotidiani diffuse giornalmente per 1000 abitanti (con esclusione di quotidiani sportivi); % di affluenza alle urne nelle elezioni politiche ed europee e nei referendum; % donatori e donazioni di sangue su 1000 abitanti e numero di iscritti a società di promozione sportiva e al CONI su 1000 abitanti. L'indice di capitale sociale per provincia è stato sintetizzato con ACP. Ai fini del nostro lavoro, l'indice provinciale è stato trasformato in indice regionale.

Tabella 6

Risultati

Fonte: ns elaborazioni

	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
	B	Errore std.	Beta		
(Costante)	- 6,642	1,546		- 4,297	0,001
CAPITALE SOCIALE	0,025	0,007	0,434	3,419	0,004
% pop. con licenza media inferiore	0,154	0,033	0,504	4,611	0,000
Posti-letto per acuti per 1.000 residenti	- 0,650	0,225	- 0,268	- 2,892	0,012
Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti	1,326	0,309	0,458	4,298	0,001
Tasso personale infermieristico dipendente SSN	0,060	0,016	0,483	3,845	0,002
Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI	0,123	0,053	0,240	2,316	0,036

Per cui:

$$IP = \alpha + \beta CS + \kappa E + \eta Pers + \delta PLna + \gamma PLa + \lambda Inf + \nu ALI + \omega TRM + \tau TAC + \varepsilon \quad [1]$$

La selezione delle variabili indipendenti risponde alla necessità di valutare gli elementi fondamentali di una strutturazione sistemica, per cui la performance, oltre che dal capitale sociale, può essere spiegata dal livello del capitale umano, stante la relazione positiva, ampiamente riconosciuta, tra livello del capitale umano e salute, nonché tra livello del capitale umano e sviluppo economico e dai fattori di offerta.

I risultati (si veda l'Appendice 1) sintetizzati nella tabella 6 evidenziano assenza di collinearità tra variabili e significatività per il capitale sociale, per il capitale umano e per le variabili tipicamente caratterizzan-

ti la struttura di offerta. Il modello (R^2 pari a 0,89), pur nella sua versione preliminare, soddisfa, a questo livello di indagine, il nostro obiettivo, ovvero mostrare il ruolo positivo, in termini di performance, del capitale sociale. Inoltre, la correlazione di Spearman è pari a 0,819 (si veda Appendice 1).

Relativamente ad alcune delle altre variabili (del ruolo del capitale umano si è detto sopra), si evidenzia che *PLa* influenza negativamente la performance, posto che la disponibilità dei posti-letto per non acuti (ad esempio le residenze) fa aumentare la performance assicurando ospitalità medica a condizioni fisiche non acute, mentre i posti-

letto per acuti, se in eccesso, finiscono per peggiorarla (almeno economicamente). Il tutto è confermato dall'impatto significativo del tasso del personale infermieristico. La disponibilità di apparecchiature tecnologiche per la diagnosi è altresì significativa.

Ne discende l'accettabilità della nostra ipotesi di partenza: il capitale sociale diviene una variabile positivamente determinante la performance (anch'essa positiva) dei servizi sanitari pubblici.

7. Conclusioni

L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di verificare, attraverso un modello di regressione lineare, una teoria del tutto peculiare per cui la carenza di capitale sociale o *civ-icness* rappresenta una delle cause di basso livello di performance dei servizi sanitari di alcune Regioni italiane. L'analisi di regressione e, prima, la determinazione dell'indice di performance sembrano cogliere appieno il nesso di causazione da noi ipotizzato, per cui un'«organizzazione sanitaria» con basso tasso di capitale sociale (come quelle del sud del nostro Paese) si inceppa per via di una causalità basata su un gioco di rimandi: inefficienza delle istituzioni sanitarie, inefficienza delle prestazioni, insoddisfazione, mortificazione dei diritti del paziente/cittadino, ingiustizia diffusa e, poi, sviluppo dell'economia informale e ineguaglianza di reddito.

D'altronde, come verificato dagli economisti e dai sociologi dello sviluppo, da tempo oramai il capitale sociale costituisce la «causa delle cause», posto che riesca, in maniera del tutto coerente, a spiegare il divario tra nord e sud del Paese.

Qualità degli investimenti e qualità dei servizi collettivi costituiscono obiettivi imprescindibili dell'operatore pubblico. La riduzione dei persistenti divari tra le diverse aree del Paese, e all'interno delle Regioni tra i diversi territori, richiede, innanzitutto, un'efficace declinazione delle politiche nazionali e regionali volte a fornire i servizi pubblici «essenziali».

Ne deriva la necessità di cogliere la portata esplicativa della teoria da noi dimostrata e definire una serie di interventi che, direttamente o indirettamente, diventino qualificanti per la strutturazione della società civile.

Sembra essere un percorso quasi obbligato che, spostando l'attenzione su questioni più propriamente attinenti all'organizzazione sociale istituzionalizzata nelle organizzazioni/enti pubblici, pareva essere di esclusivo dominio dei sociologi o degli economisti dello sviluppo e che invece, oggi, sembra costituire una assoluta priorità della politica, anche sanitaria.

Note

1. In analogia, Cartocci (2007) dimostra come le differenze in termini di capitale sociale siano pressoché le stesse in termini di reddito.
2. Esplicativo è il contributo di Granovetter (1973).
3. Il primo e più famoso contributo sul capitale umano si deve a Becker (1964). Lo schema di analisi riprende il pionieristico lavoro di Mincer (1958). Nel lavoro si dimostra come la differenza tra retribuzioni diverse, sotto la condizione di pari abilità dei lavoratori, dipende dal numero di anni di istruzione.
4. The *World Values Survey* è una rete internazionale di scienziati sociali che studiano il cambiamento dei valori e il loro impatto sulla vita sociale e politica. In collaborazione con EVS (*European Values Study*) ha effettuato indagini in 97 differenti società rappresentative di circa il 90 per cento della popolazione mondiale. I risultati mostrano cambiamenti pervasivi nelle aspettative e nelle credenze delle varie società. Per monitorare questi cambiamenti, lo SVE/WVS ha eseguito cinque ondate di indagini, dal 1981 al 2007 attraverso una rete di scienziati sociali coordinati da un organismo centrale, la *World Values Survey Association*.
5. L'indice è elaborato riassumendo in un'unica misura sintetica tre indicatori semplici: il numero dei procedimenti sopravvenuti in materia di lavoro, previdenza e assistenza obbligatorie, in primo grado; il numero di protesti su cambiali ordinarie, tratte e assegni bancari riferiti a persone fisiche; e infine il numero di persone denunciate all'autorità giudiziaria dalle forze dell'ordine.
6. Essa ci pare convincente a spiegare lo sviluppo autopropulsivo alla Becattini (2000) ma non ci convince per analizzare l'efficienza di prestazioni non di mercato.
7. «Un modo per definire l'obbligazione è quello di pensare ad una persona che opta per un atto che, a suo giudizio, comporterà un livello di inferiore rispetto a quello che un'alternativa pure accessibile sarebbe in grado di generare» (Sen, 1986).
8. L'obbligazione si pone in antitesi con il principio dell'*homo oeconomicus*, in quanto incorpora il principio della gratuità dell'azione, intesa come costo senza un corrispettivo beneficio diretto per chi lo sostiene.
9. Levaggi e Capri (2008) riassumono gli aspetti principali del mercato delle prestazioni sanitarie giustificative dell'intervento pubblico con: dicotomia tra salute e prestazioni sanitarie; incertezza; irrazionalità da parte dei pazienti nel formulare la domanda; il

rapporto di agenzia tra medico e paziente; eternalità; caratteristiche di bene misto; fallimento del mercato assicurativo privato; distorsioni della concorrenza.

10. Si fa riferimento a varie forme di reciprocità che caratterizzano le famiglie, il vicinato e alcune forme di cooperazione tra lavoratori che trovano istituzionalizzazione nel cd. terzo settore ove la prestazione gratuita è motivata da una obbligazione morale verso

la comunità. Si può, in fondo, parlare di una qualche forma di altruismo che, di conseguenza, rientra totalmente nel paradigma di capitale sociale da noi adottato: il senso di obbligazione verso gli altri che si traduce nella donazione del proprio tempo e denaro a favore degli altri costituisce un presupposto fondamentale nella coniugazione tra «reti opportunistiche» e sistema di valori collettivi.

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

- ALTAN C.T. (1992), *Soggetto, simbolo e valore*, Feltrinelli, Milano.
- BANFIELD E. (1976), *Le basi morali di una comunità arretrata*, Il Mulino, Bologna.
- BECATTINI G. (2000), «Distretti industriali e depressione socio-economica», *Economia e Politica Industriale*, n. 108, pp. 7-17.
- BECKER G.S. (1964) *Human Capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- BOURDIEU P. (1986), «The forms of capital», in J. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood Press, New York.
- CARTOCCI R. (2007), *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- CHIESI A.M. (2005), «Capitale sociale degli imprenditori e performance aziendale in aree omogenee», *Rassegna italiana di sociologia*, XLVI, n. 1, pp. 11-39.
- COLEMAN J.S. (1988), «Social capital in the creation of human capital», *American Journal of Sociology*, vol. 94, pp. 95-120.
- COLEMAN J.S. (1990), *Foundations of Social Theory*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- DEGLI ANTONI G. (2005), «Le determinanti del capitale sociale, analisi teorica e verifica empirica a livello micro e macroeconomico», Working Paper n. 14, Facoltà di Economia dell'Università di Bologna.
- FOLLAND S. (2008a), «An economic model of social capital and health», *Health Economics, Policy and Law*, 3(4), pp. 333-348.
- FOLLAND S. (2008b), «Value of life and behavior toward health risks: an interpretation of social capital», *Health Economics*, 15(2), pp. 159-171.
- FUKUYAMA F. (1995), *Trust. The social virtues and the creation of prosperity*, Simon & Shuster, New York (trad. it. F. Fukuyama, *Fiducia*, Rizzoli, Milano, 1996).
- GLAESER E.L., LAIBSON D.I., SCHEINKMAN J.A., SOUTER C.L. (2000), «Measuring trust», *The Quarterly Journal of Economics*, vol. CXV, 3, pp. 811-846.
- GLAESER E.L., LAIBSON D., SACERDOTE B. (2000), «The economic approach to social capital», NBER (Cambridge MA) Working Paper Series, n. 7728.
- GRANOVETTER M.S. (1973), «The strength of weak ties», *American Journal of Sociology*, n. 78(6), pp. 1360-1380.
- GUISSO L., SAPIENZA P., ZINGALES L. (2004), «The role of social capital in financial development», *The American Economic Review*, vol. 94, n. 3, pp. 526-556.
- ISTAT (2005), *Health for All*.
- ISTAT (2007), *Health for All*.
- JAPPELLI T., PISTAFERRI L., WEBER G. (2007), «Health care quality, economic inequality, and precautionary saving», *Health Economics*, 16(4), pp. 327-346.
- KAWACHI I., KENNEDY B.P., LOCHNER K., PROTHROW-STITH D. (1997), «Social capital, income inequality and mortality», *American Journal of Public Health*, vol. 87, n. 9, pp. 1491-1498.
- KNACK S., KEEFER P. (1997), «Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation», *The Quarterly Journal of Economics*, CXII(4), pp. 1251-1288.
- KNACK S. (2002), «Social capital and the quality of government: evidence from the U.S. States», *American Journal of Political Science*, 46, pp. 772-785.
- LA PORTA R., LOPEZ-DE-SILANES F., VISHNY R. (1997), «Trust in Large Organizations», *American Economic Review Papers and Proceedings*, 87(2), pp. 333-338.
- LAPORTE A., NAUENBERG E., SHEN L. (2008), «Aging, social capital, and health care utilization in Canada», *Health Economics, Policy and Law*, 3, pp. 393-411.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (2008), *Economia Sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- LOURY G.C. (1977), «A dynamic theory of racial income differences», in P.A. Wallace, A. LeMund (eds.), *Women, Minorities and Employment Discrimination*, Lexington Books, Lexington, MA.
- MINCER J. (1958), «Investment in human capital and personal income distribution», *Journal of Political Economy*, 66, pp. 281-302.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2009), *Relazione sulla situazione economica del Paese*, luglio 2009.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2010), *Rapporto Annuale sulla Coesione Economica e sociale*, Dipartimento di sviluppo e coesione Economica.
- NARAYAN D., PRITCHETT L. (1999), «Cents and sociability: household income and social capital in rural Tanzania», *Economic Development and Cultural Change*, vol. 47(4), pp. 871-897.
- PAMMOLLI F., PAPA G., SALERNO N.C. (2009), «La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali», *Quaderno CERM*, n. 2.

- PUTNAM R.D. (1993), *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, Princeton (trad. it. Leonardi R., Nanetti R.Y. (a cura di), *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano).
- SABATINI F. (2005), «Measuring social capital in Italy», working paper n. 12, Facoltà di Economia dell'Università di Bologna, Corso di Laurea in Economia delle Imprese Cooperative e delle Organizzazioni Non profit, <http://www.aiccon.it/file/convdoc/n.12.pdf>.
- SCANDIZZO P.L. (2003), *Capitale sociale, istituzioni e sviluppo*, Denaro Libri, Napoli.
- SEN A.K. (1986), «Sciocchi razionali: una critica dei fondamenti comportamentistici della teoria economica», in *Scelta, Benessere, equità*, Il Mulino, Bologna, p. 158.
- STILES R., MICK S. (1997), «Components of the costs of controlling quality: a transaction costs economic approach», *Journal of Hospital and Health Services Administration*, 42(2), pp. 205-219.
- WORLD BANK (2004), *What is Social Capital*, <http://www.worldbank.org/poverty/scapital/>.
- YAMAMURA E. (2010), «Different effects of social capital on health status among residents: evidence from modern Japan», *Economic and Econometrics Research Institute*, Research Paper Series n. 29, Brussels, Belgium.
- ZAK P.J., KNACK S. (2001), «Trust and growth», *Economic Journal*, vol. 111(470), pp. 295-321.
- DEGLI ANTONI G. (2004), «Capitale sociale e knowledge society: il ruolo del capitale sociale nel processo di creazione della conoscenza», *Quaderni di Economia del Lavoro*, n. 76-77, pp. 120-142.
- FOLLAND S. (2007), «Does “community social capital” contribute to population health?», *Social Science & Medicine*, 64(11), pp. 2342-2354.
- FUKUYAMA F. (1999), «Social capital and civic society», paper prepared for delivery at the IMF Conference on Second Generation Reforms, November 8-9, 1999, IMF Institute and the Fiscal Affairs Department, Washington, D.C.
- GLEASER E.L., LAIBSON D., SACERDOTE B. (2002), «An economic approach to social capital», *The Economic Journal*, vol. 112(483), pp. 437-458;
- GROCHOWSKA A., STRAWINSKI P. (2010), «Impact of social capital on individual well being in Poland. Proxy based approach», working papers n. 13/2010 (36), University of Warsaw.
- GROOTAERT C. (1998), «Social capital: the missing link?», Social Capital Initiative working The World Bank, Social Development Family, Environmentally and Socially Sustainable Development Network.
- HANIFAN L.J. (1916), «The Rural School Community Centre», *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 67, pp. 130-138
- KIM I.C. (2004), «Voluntary associations, social capital, and civil society in comparative perspective: South Korea and Sweden», *Global Economic-Review*, 33(4), pp. 75-96.
- KNACK S. (2003), «Groups, growth and trust: Cross-Country evidence on the Olson and Putnam hypothesis», *Public Choice*, 117, pp. 341-355.
- PUTNAM R.D. (1993), «The prosperous community. Social capital and public life», *American Prospect*, n. 13, pp. 35-42.
- PUTNAM R.D. (2000), *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, Simon & Schuster, NY.
- SEN A. (1992), *Risorse, valori e sviluppo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WOOLCOCK M., NARAYAN D. (2000), «Social capital: implications for development theory», *The World Bank Research Observer*, 15, pp. 225-251.

Bibliografia generale

- ARRIGHETTI A., LASAGNI A., SERAVALLI G. (2003a), «Capitale sociale, associazionismo economico e istituzioni: indicatori statistici di sintesi», *Rivista di Politica Economica*, vol. 93(7-8), pp. 47-87.
- ARRIGHETTI A., RAIMONDI M. (2003b) «Capitale sociale, istituzioni intermedie e cooperazione tra imprese», *Impresa e Stato*, n. 63-64.
- D'HOMBRES B., ROCCO L., SUHRCKE M., MCKEE M. (2010), «Does social capital determine health evidence from eight transition Countries», *Health Economics*, vol. 19(1), pp. 56-74.

Appendice 1. SPSS output

Variabili inserite/rimosse (b)

Modello	Variabili inserite	Variabili rimosse	Metodo
1	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Tasso medici,odontoiatri dipendenti Ssn, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn(a)		Per blocchi
2		Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn	Indietro (Criterio: Probabilità di F di rimozione >= ,100)
3		Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	Indietro (Criterio: Probabilità di F di rimozione >= ,100)
4		Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	Indietro (Criterio: Probabilità di F di rimozione >= ,100)

- a. Tutte le variabili richieste sono state inserite
 b. Variabile dipendente: REGR *factor score* 1 for analysis 1

Riepilogo del modello (e)

Modello	R	R-quadro	R-quadro corretto	Errore std. della stima
1	,956(a)	0,915	0,845	0,39401945
2	,956(b)	0,915	0,858	0,37744986
3	,951(c)	0,904	0,853	0,38390499
4	,945(d)	0,894	0,848	0,38925697

- a. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
 b. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
 c. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
 d. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
 e. Variabile dipendente: REGR *factor score* 1 for analysis 1

ANOVA (e)

Modello		Somma del quadrati	df	Media del quadrati	F	Sig.
1	Regressione	18,292	9	2,032	13,091	,000(a)
	Residuo	1,708	11	0,155		
	Totale	20,000	20			
2	Regressione	18,290	8	2,286	16,048	,000(b)
	Residuo	1,710	12	0,142		
	Totale	20,000	20			
3	Regressione	18,084	7	2,583	17,529	,000(c)
	Residuo	1,916	13	0,147		
	Totale	20,000	20			
4	Regressione	17,879	6	2,980	19,666	,000(d)
	Residuo	2,121	14	0,152		
	Totale	20,000	20			

- a. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Tasso medici,odontoiatri dipendenti Ssn, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
- b. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
- c. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
- d. Stimatori: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn

Coefficienti (a)

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.	Statistiche di collinearità	
		B	Errore std.	Beta			Tolleranza	VIF
1	(Costante)	- 4,541	2,026		- 2,241	0,047		
	CAPITALE SOCIALE	0,017	0,009	0,295	1,814	0,097	0,294	3,405
	% pop. con licenza media inferiore M+F	0,119	0,040	0,391	2,989	0,012	0,453	2,207
	Posti-letto per acuti per 1.000 residenti	- 0,653	0,327	- 0,269	- 1,997	0,071	0,427	2,340
	Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti	1,171	0,361	0,405	3,246	0,008	0,499	2,004
	Tasso medici,odontoiatri dipendenti Ssn	- 0,008	0,070	- 0,019	- 0,109	0,915	0,250	3,995
	Tasso personale infermieristico dipendente Ssn	0,052	0,023	0,421	2,277	0,044	0,227	4,400
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	- 0,030	0,022	- 0,241	- 1,319	0,214	0,233	4,286
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	0,022	0,020	0,156	1,087	0,300	0,378	2,643
Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI	0,130	0,063	0,255	2,074	0,062	0,515	1,942	
2	(Costante)	- 4,549	1,940		- 2,345	0,037		
	CAPITALE SOCIALE	0,017	0,009	0,300	2,014	0,067	0,321	3,116
	% pop. con licenza media inferiore M+F	0,120	0,038	0,392	3,133	0,009	0,455	2,199
	Posti-letto per acuti per 1.000 residenti	- 0,670	0,275	- 0,276	- 2,434	0,032	0,553	1,808
	Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti	1,188	0,316	0,410	3,762	0,003	0,599	1,670
	Tasso personale infermieristico dipendente Ssn	0,050	0,016	0,407	3,135	0,009	0,422	2,367
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	- 0,031	0,019	- 0,250	- 1,617	0,132	0,298	3,356
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	0,022	0,018	0,160	1,204	0,252	0,405	2,471
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI	0,133	0,055	0,260	2,407	0,033	0,611	1,637
3	(Costante)	- 5,614	1,755		- 3,198	0,007		
	CAPITALE SOCIALE	0,020	0,009	0,343	2,332	0,036	0,340	2,937
	% pop. con licenza media inferiore M+F	0,134	0,037	0,440	3,641	0,003	0,505	1,979
	Posti-letto per acuti per 1.000 residenti	- 0,518	0,249	- 0,213	- 2,082	0,058	0,702	1,424
	Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti	1,207	0,321	0,417	3,765	0,002	0,600	1,666
	Tasso personale infermieristico dipendente Ssn	0,055	0,016	0,449	3,523	0,004	0,455	2,200
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	- 0,020	0,017	- 0,165	- 1,180	0,259	0,376	2,660
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI	0,112	0,053	0,218	2,096	0,056	0,682	1,465
	4	(Costante)	- 6,642	1,546		- 4,297	0,001	
CAPITALE SOCIALE		0,025	0,007	0,434	3,419	0,004	0,470	2,128
% pop. con licenza media inferiore M+F		0,154	0,033	0,504	4,611	0,000	0,634	1,577
Posti-letto per acuti per 1.000 residenti		- 0,650	0,225	- 0,268	- 2,892	0,012	0,882	1,133
Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti		1,326	0,309	0,458	4,298	0,001	0,666	1,501
Tasso personale infermieristico dipendente Ssn		0,060	0,016	0,483	3,845	0,002	0,480	2,084
Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI		0,123	0,053	0,240	2,316	0,036	0,706	1,417

Diagnostiche di collinearità (a)

Modello	Dimensione	Autovalore	Indice di collinearità	Variabilità spiegata									(Costante)	CAPITALE SOCIALE
				% pop. con licenza media inferiore M+F	Posti-letto per acuti per 1.000 residenti	Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti	Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn	Tasso personale infermieristico dipendente Ssn	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI			
1	1	8,439	1,000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2	1,061	2,820	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	0,272	5,567	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
	4	0,123	8,270	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,10	0,23
	5	0,051	12,841	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,26	0,32
	6	0,031	16,560	0,00	0,28	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,36	0,20	0,07
	7	0,013	25,766	0,01	0,17	0,13	0,00	0,00	0,04	0,07	0,14	0,02	0,01	0,04
	8	0,006	38,694	0,00	0,02	0,02	0,53	0,08	0,08	0,04	0,22	0,13	0,05	0,00
	9	0,002	60,388	0,02	0,17	0,09	0,39	0,39	0,23	0,87	0,48	0,12	0,11	0,30
	10	0,001	80,688	0,97	0,07	0,74	0,08	0,08	0,08	0,01	0,15	0,35	0,24	0,01
2	1	7,459	1,000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2	1,060	2,653	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	0,262	5,331	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,38		0,00	0,00	0,03	0,02
	4	0,123	7,795	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28		0,00	0,00	0,10	0,28
	5	0,049	12,310	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,01		0,01	0,03	0,25	0,35
	6	0,030	15,728	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00		0,01	0,49	0,24	0,10
	7	0,010	27,674	0,00	0,25	0,14	0,00	0,00	0,02		0,71	0,01	0,04	0,16
	8	0,005	37,601	0,00	0,00	0,06	0,94	0,15	0,15		0,09	0,09	0,12	0,05
	9	0,001	75,614	0,99	0,10	0,78	0,06	0,14	0,14		0,17	0,38	0,23	0,03
3	1	6,566	1,000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00			0,00
	2	1,059	2,490	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00			0,00
	3	0,229	5,356	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,52		0,00	0,00		0,01
	4	0,091	8,481	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,15		0,00	0,01		0,72
	5	0,037	13,390	0,00	0,27	0,02	0,00	0,00	0,01		0,02	0,51		0,00
	6	0,010	25,255	0,01	0,33	0,16	0,01	0,02	0,02		0,66	0,00		0,09
	7	0,006	32,881	0,01	0,00	0,01	0,98	0,13	0,13		0,20	0,19		0,00
	8	0,002	63,135	0,97	0,06	0,80	0,00	0,17	0,17		0,12	0,29		0,17
4	1	5,651	1,000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00				0,00
	2	1,017	2,357	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00		0,00				0,00
	3	0,222	5,042	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,59		0,00			0,01
	4	0,089	7,948	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16		0,00			0,75
	5	0,010	23,349	0,02	0,35	0,24	0,05	0,05	0,01		0,58			0,10
	6	0,008	26,538	0,00	0,18	0,05	0,81	0,17	0,17		0,37			0,00
	7	0,002	50,736	0,98	0,00	0,71	0,14	0,07	0,07		0,05			0,15

Variabili escluse (d)

Modello		Beta In	t	Sig.	Correlazioni parziali	Statistiche di collinearità		
						VIF	Tolleranza minima	Tolleranza
2	Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn	-,019(a)	-0,109	0,915	-0,033	0,250	3,995	0,227
3	Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn	-,068(b)	-0,397	0,698	-0,114	0,268	3,735	0,261
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	,160(b)	1,204	0,252	0,328	0,405	2,471	0,298
4	Tasso medici, odontoiatri dipendenti Ssn	-,129(c)	-0,831	0,421	-0,225	0,320	3,126	0,318
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM	,062(c)	0,495	0,629	0,136	0,511	1,959	0,470
	Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac	-,165(c)	-1,180	0,259	-0,311	0,376	2,660	0,340

- a. Stimatori nel modello: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti TRM, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
- b. Stimatori nel modello: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti Tac, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn
- c. Stimatori nel modello: (Costante), Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti ALI, Posti-letto per acuti per 1.000 residenti, CAPITALE SOCIALE, Posti-letto per non acuti per 1.000 residenti, % pop. con licenza media inferiore M+F, Tasso personale infermieristico dipendente Ssn

Statistiche dei residui (a)

	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.	N
Valore atteso	-1,4839549	1,5630429	0,0000000	0,94548152	21
Residuo	-0,65050006	0,49102372	0,0000000	0,32567575	21
Valore atteso std.	-1,570	1,653	0,000	1,000	21
Residuo std.	-1,671	1,261	0,000	0,837	21

Il Sistema informativo socio-sanitario dell'Ausl di Piacenza: modello di riferimento e percorso di implementazione

A. BIANCHI, F. BISOTTI, E. COCCHI, T. LAVALLE, G.M. SORO

The social-sanitary integration depends on the capacity to design a clear organization and to implement efficient operations system. The Social health Information System of AUSL Piacenza, based on the regional strategy and governance, would be a proposal to have a positive answer for these managerial needs. The operating model determines a new approach about health territorial services across a unitary path with the stakeholders.

Keywords: social-health information system, social-health integration, operation model

Parole chiave: sistema informativo socio-sanitario, integrazione socio-sanitaria, modello operativo

Note sugli autori

Gli Autori fanno parte dell'Ausl di Piacenza. Andrea Bianchi è direttore generale, Flavio Bisotti è direttore Area sistemi informativi, Ella Cocchi è referente Area sistemi informativi per il progetto, Tiziana Lavalle è direttore UO Non autosufficienza, Giovanni Maria Soro è direttore Attività sociosanitarie.

Ringraziamenti

Si ringraziano i Gruppi tecnici di lavoro sulla integrazione dei sistemi informativi sociali e sanitari della Regione Emilia Romagna che hanno predisposto la relazione finale, approvata dalla Cabina di Regia nel settembre 2010, dalla quale sono state estrapolate alcune parti relative alla situazione attuale e gli indirizzi sui sistemi stessi.

1. Premessa

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità e in rapporto ai loro contesti di vita. Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale, alle azioni di contrasto delle disuguaglianze. Da qui la necessità di approcci e strategie che, all'interno di un'ottica di sostanziale valorizzazione del ruolo e delle competenze degli enti locali e delle aziende sanitarie, siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo un approccio integrato tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema, così da innalzare il livello complessivo della qualità del *welfare* regionale (Regione Emilia Romagna, 2008).

Il Distretto, nel modello che proviene dalla riorganizzazione del Servizio sanitario regionale definita dalla L. reg. 29/04 e dal Piano sanitario sociale 2008-2010, è la sede per la realizzazione dell'integrazione tra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, definendo le relazioni tra Distretto e enti locali per il governo congiunto degli interventi socio-sanitari (Bottari, 2009).

In questo modello – che rende necessario un sistema di «gestione associata» in ambito aziendale tra Distretto e Comuni – è fondamentale l'adozione di un sistema informativo in rete tra tutti gli attori coinvolti com-

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il Sistema informativo socio-sanitario della Regione Emilia Romagna
3. Il modello di Sistema informativo socio-sanitario dell'Ausl di Piacenza
4. Considerazioni conclusive

presi gli erogatori (pubblici e privati), atto a supportare la programmazione e la gestione di servizi e attività integrate.

Sebbene nei documenti di programmazione regionale sia molto chiara la scelta strategica dell'integrazione e degli strumenti di *governance* e di supporto a tale politica, sembra esistere ancora una certa disomogeneità nell'organizzazione della rete socio-sanitaria fra i diversi ambiti distrettuali regionali e nel livello di sviluppo dei sistemi operativi a supporto. Questo viene a determinare potenziali aree di non appropriatezza della presa in carico degli utenti e di inefficienza delle risorse impiegate.

L'Ausl di Piacenza ha deciso di promuovere, a partire da settembre dell'anno 2009, un progetto finalizzato al disegno, sviluppo e all'implementazione del Sistema informativo socio-sanitario, passando per la definizione del modello operativo di presa in carico dell'utente, con la finalità di garantire un sistema di *welfare* integrato e unitario di ambito provinciale.

L'obiettivo dell'articolo è di descrivere le scelte strategiche e metodologiche fatte dall'Azienda e come queste si collochino rispetto agli indirizzi della Regione Emilia Romagna e come riescano a rappresentare delle risposte efficaci alle criticità riscontrate nella situazione attuale. Viene delineato il percorso che ha consentito di arrivare alla definizione delle caratteristiche generali del Sistema informativo che dovrà essere implementato a livello aziendale e che coinvolgerà tutti gli attori del Sistema socio-sanitario ai diversi livelli. Il caso di Piacenza risulta di riferimento a livello regionale in quanto è, appunto, il primo progetto che viene, in-

teramente e dal primo momento, «pensato» in ottica provinciale coinvolgendo Azienda, soggetti gestori e Comuni all'interno di un unico sistema informativo.

La struttura dell'articolo parte dagli orientamenti a livello regionale con «il Sistema informativo socio-sanitario della Regione Emilia Romagna»; si focalizza poi sul «modello di Sistema informativo socio-sanitario della Ausl di Piacenza» andando, infine, a sviluppare alcune «considerazioni conclusive» circa i punti di forza e criticità del progetto stesso.

Per contestualizzare in un ambito nazionale la «lettura» degli indirizzi della Regione Emilia Romagna descritti nei paragrafi successivi, si riporta in **Appendice 1** una sintesi delle scelte e degli orientamenti espressi da tre Regioni italiane (Lombardia, Veneto e Toscana).

2. Il Sistema informativo socio-sanitario della Regione Emilia Romagna

2.1. Situazione attuale: flussi informativi e sistemi

In linea generale, i vari soggetti che – a livello centrale e periferico – concorrono alla programmazione e allo sviluppo dei servizi nell'area sociale, socio-sanitaria e sanitaria, hanno sviluppato sistemi propri, tarati su esigenze conoscitive e di gestione particolari:

- progetti/flussi informativi regionali di area sociale, socio-sanitaria e sanitaria (**tabella 1**);
- sistemi gestionali sociali e socio-sanitari in uso nelle diverse realtà distrettuali;

Tabella 1

Progetti/flussi informativi Regione Emilia Romagna

IASS	Integrazione applicativi sportelli sociali	FAR	Flusso assistenza residenziale e semi-residenziali per anziani
SIDEW	Progetto demenze	SISM	S.I. regionale salute mentale
PROFILER	Investimenti edilizia socio-sanitaria	FRNA	Monitoraggio economico
SI-ADI	S.I. assistenza domiciliare	SISTER	S.I. sulle dipendenze RER
GRAD	Gravi disabilità acquisite	RURER	<i>Repository</i> unico Regione Emilia-Romagna per i dati relativi alle persone con disabilità
SMAC	Sistema di monitoraggio assegno di cura anziani e disabili	CAAD	S.I. contributi per l'adattamento domestico
SIPS	Rilevazione dei presidi socio-assistenziali	TESEO	S.I. terzo settore albo regionale e rilevazione cooperative sociali
SISAM	S.I. su bambini, ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali		

– sistemi informativi dei Comuni, quelli delle Asp, delle cooperative sociali e degli altri gestori di servizi.

Vi sono aree di rilevazione (Aa.Vv., 2010) che producono una grande ricchezza di dati, generando però anche un eccessivo onere di rilevazione per gli operatori locali, cui non corrisponde, di fatto, un utilizzo reale di tutta la mole dei dati prodotti (ad esempio Sistema informativo per l'infanzia regionale). In alcune aree, invece, si evidenzia una storica carenza di dati; è il caso, ad esempio, dell'area Immigrazione e di quella Povertà ed esclusione sociale alla quale fanno riferimento i temi della marginalità e degli adulti in difficoltà. Altro caso, invece, è costituito dal sistema per il Fondo regionale per la non autosufficienza - FRNA, che riepiloga il quadro di tutte le risorse impiegate per tipologia di servizi (residenziale, semiresidenziale, domiciliare, ecc.) e per macrotipologia di utente (anziani, disabili, disabili gravi e gravissimi). Il limite di questi sistemi, però, è che non contengono i dati dettagliati di attività e non vi è, allo stato attuale, un meccanismo di riversamento automatico di questi dati da altri sistemi (ad esempio Il Sistema informativo per le strutture per anziani).

Inoltre, attraverso un'analisi puntuale dei profili di comunità elaborati nei vari territori, si è evidenziata la necessità di migliorare/integrare/rivedere il *set* minimo di dati necessario per la loro costruzione. In particolare, i sistemi di rilevazione della domanda si concentrano sui bisogni espressi delle persone che si rivolgono ai servizi; mancano quindi, i dati sui bisogni potenziali che potrebbero servire a ricostruire un quadro d'insieme esaustivo della fragilità. La carenza informativa in tali aree si scontra con la necessità di individuare il fabbisogno informativo per la loro valutazione, costituendone aspetto peculiare.

Compaiono, nella realtà regionale, alcune innovazioni – sul fronte domanda e valutazione del fabbisogno – come quella della Ausl di Ravenna, che ha sviluppato una soluzione che permette di valutare la popolazione per classe di rischio di fragilità, integrando i dati inseriti dagli stessi operatori con quelli richiesti all'utente, per calcolare un indice sintetico di fragilità (Berardo, Di Tommaso, Falasca, Longo, 2011).

Per quanto concerne gli applicativi in uso, la convivenza di più fornitori di applicativi su aree distinte (in particolare, tra Sportello sociale e Area socio-sanitaria) pone il problema dell'esistenza di punti multipli di raccolta delle medesime informazioni, in assenza di modalità standardizzate di interconnessione (teoricamente possibili sul piano tecnico, ma spesso non attivate). Si registra, contemporaneamente, una certa «resistenza» verso l'uso di piattaforme regionali, anche se gratuite (ad esempio Sistema informativo infanzia regionale), dovuta al mancato collegamento di tali sistemi alle anagrafiche e ai sistemi aziendali, per cui si rendono necessari doppi inserimenti con sicuro aggravio sull'attività degli operatori.

Rispetto alla connettività, la situazione è generalmente buona in termini di copertura del territorio. Per quanto riguarda Comuni e Aziende, in molti casi si utilizza Lepida SpA;¹ per quanto riguarda parte delle strutture residenziali e semiresidenziali, invece, in alcune aree dell'Appennino esiste un problema di *digital divide*.

La situazione attuale, ha reso necessaria, da parte della Regione, la definizione degli indirizzi per il disegno e lo sviluppo del Sistema informativo socio-sanitario a livello regionale, espressi in un documento approvato dalla Cabina di regia alla fine di settembre 2010 e che vengono sinteticamente esposti qui di seguito.

2.2. Orientamenti *Holding*

La Regione Emilia-Romagna (2008), nel Piano sociale e sanitario 2008-2010, dichiara che «una moderna rete di servizi tesa alla qualità, all'appropriatezza, all'integrazione dei percorsi e alla loro deburocratizzazione deve fondarsi, oltre che sulle insostituibili risorse umane, su un adeguato impiego di *Information and Communication Technology (ICT)*». Inoltre, nello stesso atto si afferma che «la realizzazione del sistema informativo delle politiche sanitarie e sociali, alla luce delle linee indicate dalla L. reg. 11/2004 e conformemente a quanto previsto a livello nazionale nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (progetto NSIS), richiede un impegno volto a promuovere una rete informativa sostanzialmente integrata e per quanto possibile fondata sugli assi informa-

tivi: cittadino, struttura erogatrice, prestazione, prescrittore».

Si tende quindi a promuovere (Aa.Vv., 2010) come obiettivo strategico l'evoluzione del Sistema informativo e l'attivazione dei nuovi flussi informativi per supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del Sistema socio-sanitario a livello dei diversi attori (istituzionali e non) che vi operano. Questo approccio favorisce il superamento di concezioni statiche di governo dei singoli soggetti e di ogni autoreferenzialità, per la piena attuazione di una gestione che contempli la condivisione dell'analisi dei bisogni, l'individuazione delle offerte organizzative e di servizi migliori, la necessità di partecipazione e persegua l'efficienza, l'efficacia e l'economicità.

L'orientamento verso la «gestione associata» rende necessaria l'adozione di un Sistema informativo in rete tra tutti gli attori coinvolti, atto a supportare la gestione di servizi e attività di area sociale, socio-sanitaria e sanitaria in modo integrato nel contesto territoriale, con la finalità di:

- garantire maggiore trasparenza, omogeneità dei fini ed eguaglianza di opportunità nei confronti dell'utenza;
- migliorare la comunicazione e omogeneizzazione degli strumenti di valutazione tra i differenti attori coinvolti nel processo di erogazione dei servizi;
- eliminare i ritardi dovuti allo scambio di dati tra sistemi e soggetti differenti;
- garantire in modo semplice e immediato il trasferimento delle informazioni da un nodo all'altro della rete dei servizi, per assicurare al cittadino la necessaria continuità assistenziale;
- separare la gestione della «domanda» dalla gestione dei «servizi»;
- integrare e condividere le informazioni con gli erogatori dei servizi creando una cartella socio-sanitaria unica;
- rendere disponibili strumenti di «governo» della rete e di supporto alla programmazione.

Un Sistema informativo con queste finalità, oltre a essere in armonia con il nuovo sistema di *governance* socio-sanitaria, è vantaggioso per diversi motivi:

– permette di avere una visione più ampia rispetto alla realtà locale gestita;

– è funzionale agli aspetti amministrativi e operativi legati all'assolvimento dei debiti informativi, in quanto consente di derivare, direttamente dalle attività gestite a livello di Comune, Ufficio di piano, Distretto, Azienda, tutti i dati che vengono concentrati a livello di Regione o Ministero e che oggi sono oggetto di raccolta ed elaborazione manuale o semiautomatica;

– contribuisce fattivamente alla condivisione di strumenti, regole, modalità comuni indispensabili per l'integrazione socio-sanitaria;

– consente una maggiore omogeneità, comparabilità e qualità intrinseca delle rilevazioni e dei dati statistici ottenuti, riducendo le duplicazioni e le sovrapposizioni e i costi complessivi di sistema;

– fornendo a livello centrale specifiche, standard e certificazioni, riduce i costi sia di acquisto che di gestione delle componenti informatiche, nonché di eventuali implementazioni e/o interconnessioni che potranno essere ritenute opportune nel corso del tempo, in particolare con sistemi e reti di ambito sanitario (Adi, Medici di medicina generale, Ospedali);

– garantisce un migliore supporto alla continuità delle cure anche quando l'utente si sposta da un Comune all'altro per seguire il *caregiver*, come si verifica sovente con gli anziani che necessitano di assistenza.

2.3. L'architettura integrata del Sistema informativo socio-sanitario regionale

Partendo da questo approccio generale sono stati individuati alcuni ambiti di indirizzo per l'architettura integrata del sistema informativo socio-sanitario:

– funzionalità e interoperabilità minime: definizione delle funzionalità minime (in senso verticale: anziani, disabili, minori, presidi, residenze, ecc.) e delle interoperabilità minime (tra enti e strutture: Comune, Ausl/Distretto, Provincia, Asp, ecc.) da richiedere alle piattaforme applicative in uso, con l'obiettivo di condividere con la Regione e i Distretti – e indicare ai fornitori – un percorso vincolante di adeguamento dei propri prodotti alle raccomandazioni emesse;

– piattaforma di circolazione di informazioni interoperabile: disegno delle specifiche di alcuni strati «orizzontali» di *middleware*² (accessibili quindi sull'intero ambito regionale in modalità standardizzata, tanto in funzione di alimentazione che di visualizzazione del dato) che consentano una lettura omogenea delle informazioni provenienti da funzioni «verticali» (gestite tipicamente sull'ambito locale, in base alle aree citate al punto precedente e alle strutture interessate), ponendosi l'obiettivo di fornire una piattaforma di circolazione di informazioni interoperabile che si integri con i gestionali in uso in ambito locale, ma che sia anche in grado di rendere disponibile – a quelle realtà territoriali che non dispongono di adeguati supporti tecnologici – una soluzione che raccoglie le informazioni richieste dalle necessità regionali definite nel tempo;

– principi per disegno «federativo/integrato» di livello regionale: definizione dei principi che dovrebbero portare alla progettazione di un disegno «federativo/integrato» di livello regionale che raccolga e veicoli tanto le informazioni provenienti dai gestionali «verticali» in uso presso le strutture del territorio dei diversi ambiti provinciali, quanto le informazioni gestite trasversalmente da progetti «serventi» nati in questa prospettiva, quali «Anagrafe regionale» (per quanto riguarda l'identità sanitaria e socio-sanitaria) e «Rurer» (*Repository*³ unico della Regione Emilia Romagna, per quanto riguarda le informazioni sulla disabilità). Da un *gateway*⁴ tra questo strato orizzontale e SOLE (progetto Sanità On LinE) dovrebbe, di fatto, essere il Fascicolo socio-sanitario elettronico (Fse), definendone contenuti e visibilità attraverso un meccanismo di funzioni/consensi sul tipo di quello già in essere per il Fse;

– nuovo strato regionale a supporto del socio-sanitario: completare con l'inserimento di un modulo multidisciplinare e multi-ente di valenza essenzialmente gestionale e di supporto alla *governance*, che consenta di conoscere i costi di processi e delle specifiche prestazioni, tanto per territorio quanto per singolo utente, in tutte le aree del sistema socio-sanitario regionale, attraverso una visione integrata dei dati raccolti su tutte le aree assistenziali, all'interno di una struttura di *data warehouse*,⁵ ossia creando una piattaforma di analisi unificata dei dati socio-

sanitari utilizzata dalla Regione e da tutti gli attori locali del sistema socio-assistenziale.

Lo schema del Sistema informativo socio-sanitario (Siss) – come rappresentato nella **figura 1** e come illustrato nelle pagine successive – si articola su due livelli (ambito regionale e ambiti provinciali), e su diversi moduli.

Lo schema consente di visualizzare, in un quadro sintetico, l'articolazione generale dei sistemi informativi riportati nei punti seguenti e descritti nel paragrafo:

1) il Sistema informativo regionale che si compone al suo interno del Sistema informativo socio-sanitario che viene alimentato tramite l'infrastruttura di connessione dal livello provinciale;

2) i Sistemi informativi di ambito provinciale che al loro interno ricomprendono il Sistema informativo gestionale socio-sanitario di ambito provinciale (articolato per moduli) e gli altri sistemi utilizzati dai diversi attori che compongono la filiera socio-sanitaria. Il Sistema gestionale di ambito alimentare il Sistema regionale e garantirà il completo interfacciamento con gli altri sistemi.

Sul lato destro dello schema inoltre troviamo Rurer, al quale è delegato il colloquio tra il mondo esterno – in particolare Inps – e il *middleware* regionale; da qui le informazioni e le certificazioni sulle disabilità verranno poi veicolate verso i *repository* degli ambiti di competenza, per completare i fascicoli degli utenti interessati; troviamo inoltre la Nuova anagrafe assistiti regionale (Naar), e un riferimento a SOLE, alla cui piattaforma di interoperabilità (specifiche e servizi della quale dovranno essere – per quanto possibile – oggetto di riuso nella realizzazione della piattaforma socio-sanitaria) vengono demandati tanto il colloquio verso altri attori di ambito sanitario (principalmente Mmg, ma anche infermieri dei servizi Adi, ecc.), quanto la gestione degli accessi e dei contenuti per la realizzazione del Fascicolo socio-sanitario elettronico.

L'*ambito regionale* è costituito da:

a) l'Anagrafe degli assistiti (Naar): l'anagrafe di riferimento per tutti i sistemi è unica, ed è l'Anagrafe assistiti – sanitaria e socio-sanitaria, in questa lettura – dell'Ausl, di cui

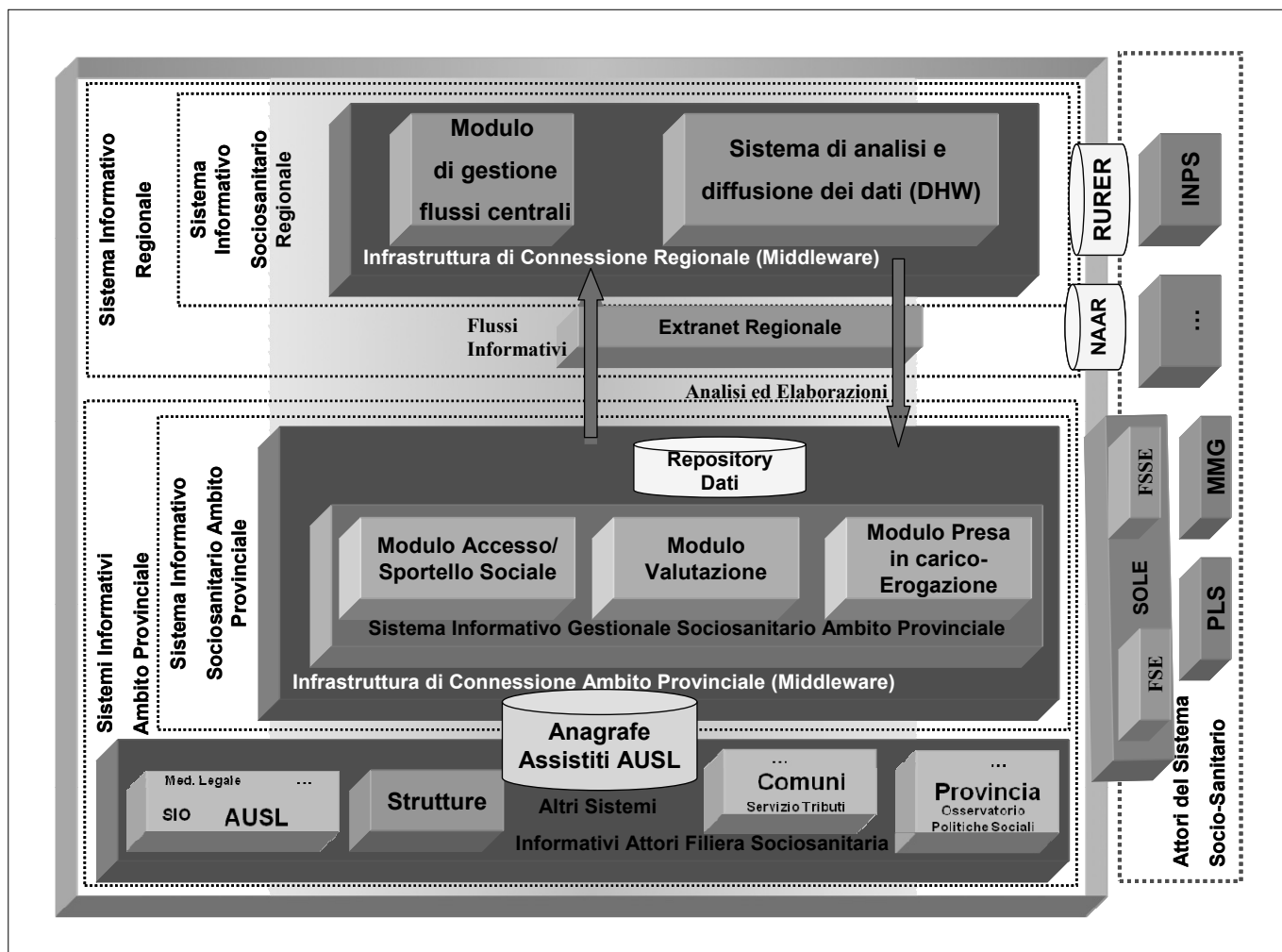


Figura 1
Architettura integrata
del Sistema informativo
socio-sanitario

si dovrà prevedere (nell'ambito dell'evoluzione già prevista a seguito dell'entrata in funzione di Naar) un adeguato meccanismo di arricchimento con le informazioni legate al singolo soggetto ritenute essenziali per la gestione degli interventi in ambito socio-sanitario, in primo luogo quelle relative al nucleo familiare. A questa anagrafe fanno riferimento tanto i sistemi informativi delle Asl e dei Comuni del territorio, quanto i sistemi delle strutture residenziali e semiresidenziali, quanto infine i sistemi gestionali socio-sanitari;

b) un modulo di gestione dei flussi centrali che sostituisce le modalità di soddisfacimento tradizionale dei debiti informativi, tanto per quanto riguarda i flussi dal territorio verso la Regione, quanto quelli dalla Regione verso il Ministero;

c) l'infrastruttura di connessione (*middleware*) che si interfaccia alle analoghe infrastrutture di ambito provinciale ed è in grado di alimentare correttamente e in modalità continua il modulo di gestione flussi centrali;

d) il *data warehouse* regionale, completo di sistema di analisi e diffusione dei dati (che si avvarrà a questo scopo della *extranet* regionale), ossia la piattaforma di analisi unificata dei dati socio-sanitari utilizzata dalla Regione e da tutti gli attori locali del sistema socio-assistenziale, a cui è demandato il compito di produrre;

– analisi direzionali - per permettere ai responsabili della programmazione e delle direzioni degli enti (RER, Province, Comuni e Ausl) di comprendere il quadro complessivo delle informazioni gestite da tutti gli attori

coinvolti, al fine di poter esercitare con maggiore consapevolezza l'azione di direzione;

– analisi strategiche - per la verifica degli impatti del Sistema socio-sanitario sullo sviluppo del territorio di riferimento, per indizzarne le politiche.

All'interno del sistema regionale troviamo la connessione verso la *extranet* regionale, attraverso la quale verranno distribuiti i dati analitici e di sintesi ricavati dal *data warehouse*, secondo modelli di visibilità legati ai diversi profili degli utenti e dei diversi ambiti provinciali. È importante sottolineare che la progettazione del sistema proposto, prevedendo la creazione di un unico *data warehouse* a livello regionale, consente di mettere in atto economie di scala permettendo sensibili risparmi economici, non possibili in caso di replica, sui diversi ambiti provinciali, di *data warehouse* locali con caratteristiche identiche.

Ogni *ambito provinciale* (che raccoglie Comuni, Aziende sanitarie, Provincia e soggetti erogatori) è costituito da:

a) l'Anagrafe estesa degli assistiti dell'Ausl (costruita mettendo a fattor comune il dato sanitario e il dato socio-sanitario, ivi comprese tutte le informazioni sul nucleo familiare e i *caregiver*);

b) il Sistema informativo gestionale di ambito: schematicamente rappresentato con tre blocchi funzionali principali (Accesso/Sportello sociale, Valutazione e presa in carico/Erogazione), al quale è demandato il compito di gestire le funzioni previste;

c) la piattaforma di interoperabilità, costituita da:

– una infrastruttura di connessione (*middleware*) che gestisce i colloqui con gli altri sistemi informativi, ovvero uno strato *software* di interoperabilità che consente alle diverse entità (processi, oggetti, messaggi, ecc.), residenti su uno o più sistemi tra quelli inseriti nello schema all'interno dello stesso ambito, di interagire tra loro anche in presenza di diversità nei protocolli di comunicazione, nelle architetture dei sistemi, nella struttura dei messaggi; questo stesso strato si interfaccia con il sistema di connessione regionale per gestire le interazioni tra ambiti, o tra un ambito e il livello regionale;

– un *repository* di ambito provinciale, ovvero lo strumento di raccolta unico e centralizzato delle informazioni che concorrono alla creazione della storia socio-assistenziale dell'individuo, provenienti sia dal sistema informativo socio-sanitario (informazioni rilevanti) che, soprattutto, dagli altri sistemi informativi degli attori della filiera socio-sanitaria (a titolo esemplificativo, nel diagramma dello schema logico del Siss sono stati evidenziati alcuni sistemi informativi che gestiscono dati rilevanti per il Sistema informativo socio-sanitario, quali il Sistema informativo ospedaliero – Sio –, il Sistema informativo della medicina legale, il Sistema tributario, ecc.);

– il disegno delle interazioni tra *middleware* e *repository* tale da consentire di raccogliere all'interno di quest'ultimo informazioni uniformi nelle codifiche e nella forma, indipendentemente da quale sia il sistema che le ha generate.

Il Sistema di ambito provinciale presidia informaticamente l'intero percorso dell'utente (in generale attraverso l'automazione di alcune delle attività attualmente svolte manualmente e su supporto cartaceo) e garantisce una piena fruibilità del dato a tutti gli operatori, in coerenza con il profilo di utenza individuato. Inoltre, ha l'obiettivo di costituire lo strumento univoco con il quale opereranno la maggior parte (salvaguardando alcuni importanti investimenti fatti lato Comuni e soggetti erogatori) degli attori della filiera (Comuni, soggetti gestori e Ausl) e di gestire i *cluster* di utenti tipici del Sistema socio-sanitario (anziani, disabili e minori).

Da ultimo, si prevede che – all'interno di ogni ambito provinciale – il sistema gestionale socio-sanitario adottato sia adeguato a specifiche linee strategiche sul piano della *governance*, dell'organizzazione e del supporto applicativo e, quindi, consenta di:

– integrare i servizi socio-sanitari con quelli socio-assistenziali;

– rendere dinamica la filiera di cura, in coerenza alle trasformazioni dei bisogni;

– sviluppare il governo dell'appropriatezza dei servizi rispetto ai bisogni;

– introdurre logiche di *case management*;

– costruire processi integrati per tipologia di bisogno/*target*/patologia;

Tabella 2

Riepilogo sintetico per macrotipologia di assistenza e *target* di utenza

Tipologia di Assistenza (*)	Anziani	Disabili (**)	Anziani e disabili
Assistenza residenziale (posti-letto)	1.276	104	
Assistenza semiresidenziale (posti utente)	176	221	
Assistenza domiciliare (ore da documento di fabbisogno accreditamento)			226.982

(*) Dati da documenti accreditamento.

(**) Inclusi i disabili 2068.

Risorse utilizzate (*) FRNA e Fondi nazionali incluso FSR (anno 2008)		
	Anno 2008 (**)	Anno 2009 (**)
Anziani	20,7	22,4
Disabili	7,7	8,5
Totale	28,4	30,9

(*) Dato regionale di Utilizzo del FRNA e Fondi nazionali 2009.

(**) Dati in Mil di euro.

Tabella 3

Riepilogo sintetico delle risorse economiche assorbite per *target* di utenza

- condividere e uniformare gli standard assistenziali;
- specializzare e costruire relazioni tra i produttori.

3. Il modello di Sistema informativo socio-sanitario della Ausl di Piacenza

3.1. L'Ausl di Piacenza: alcuni elementi di contesto

L'Ausl di Piacenza è articolata in tre distretti territoriali (Piacenza, coincidente con il Comune capoluogo; Levante, con 24 Comuni, con Comune capofila Fiorenzuola d'Arda; e Ponente, 23 Comuni con Comune capofila Castel San Giovanni) con una popolazione complessiva di circa 280.000 residenti e la più alta percentuale di ultra sessantacinquenni (23,9%) a livello regionale.

Il modello organizzativo territoriale prevede la separazione tra la funzione di Committenza (responsabilità dei Distretti) e quella di Produzione (responsabilità dei Dipartimenti) con una forte integrazione dei livelli istituzionali nelle fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza e delle risorse consumate nell'area socio-sanitaria.

Dal punto di vista della struttura dell'offerta socio-sanitaria, al termine del percorso di accreditamento iniziato operativamente nel corso dell'anno 2010, il territorio potrà disporre di un *setting* che è riepilogato nella **tabella 2**.

Per quanto concerne la fonte di finanziamento, gli interventi dell'area socio-sanitaria vengono finanziati con fondi regionali (FRNA), con fondi di provenienza nazionale (FNA e FSR per il 2008) e con fondi comunali (Fondi sociali). La **tabella 3** presenta una sintesi della valorizzazione economica (Regione Emilia Romagna, 2010) delle risorse assorbite per *target* di utenza.

La struttura di offerta presente nei contesti distrettuali costituisce, di fatto, un modello a rete di tipo strutturato (Aa.Vv., 2002) che viene attivato in relazione ai fabbisogni degli utenti che si avvalgono delle prestazioni offerte nei vari nodi della rete.

La scelta di organizzarsi in rete costituisce un'utile alternativa strategica adottata per rispondere alle esigenze del *continuum of care*. Questo avviene attraverso l'utilizzo di soluzioni basate sullo «spostamento» di tipo circolare (sia orizzontale che verticale) della persona-paziente all'interno del più complessivo sistema di offerta, con il supporto e la consulenza dei professionisti sanitari, non più fondata sulla rigida gerarchia tra le diverse organizzazioni (Meneguzzo, 2000).

Il funzionamento di un modello a rete rende necessario un sistema informativo che consenta l'interazione e la collaborazione dei diversi snodi, sia sul fronte dell'offerta (ad esempio strutture di erogazione) che su quello della domanda (punti di accesso), che condividono le informazioni relative agli utenti.

3.2. Orientamenti su Sistema informativo socio-sanitario e Sistema di *welfare*

Il progetto del nuovo Sistema informativo socio-sanitario dell'Ausl di Piacenza è orientato verso un modello di *welfare* integrato e nominativo caratterizzato dai seguenti aspetti di innovazione:

- un quadro informativo e valutativo del singolo caso;
- una semplificazione dei percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni;
- un monitoraggio in tempo reale degli ambiti di assistenza degli utenti con immediati *feedback* sugli ambiti più appropriati al nuovo quadro di bisogni;
- una valutazione dell'efficacia di tutte le prestazioni complessivamente erogate indipendentemente dal soggetto erogatore.

L'Ausl di Piacenza ritiene, infatti, l'introduzione di un sistema informativo elemento determinate per la completa realizzazione del modello di *welfare* di riferimento, che permette il passaggio da una programmazione aggregata dei servizi e delle risorse a una loro specificazione nominativa dei casi, e in grado di:

- a) rilevare le seguenti informazioni:
 - i bisogni individuali e nominativi dei residenti del territorio;
 - le prestazioni ricevute nei diversi ambiti di assistenza dei singoli utenti;
- b) monitorare i meccanismi di accesso, valutazione, classificazione e invio degli utenti;
- c) valutare l'efficacia degli interventi sui singoli casi, raccogliendo informazioni di esito durante i distinti processi assistenziali;
- d) ricomporre costantemente il quadro economico dei consumi socio-assistenziali dei singoli utenti e, quindi, dei singoli servizi;
- e) valutare i *gap* tra bisogni e offerta, conoscendo coloro che sono esclusi dai servizi o sono inseriti in ambiti assistenziali poco appropriati a cause di liste di attesa o di contingenze specifiche.

Si rende, in questo modo, possibile uno spostamento di valutazione di costo ed efficienza da un'unica struttura aziendale a una

rete di strutture multiservizio articolata in unità organizzative autonome, specializzate per oggetti specifici (Caccia, Longo, 1994).

In tale direzione è stato progettato il disegno del Sistema informativo socio-sanitario integrato dell'Ausl di Piacenza, ed è stato caratterizzato da due dimensioni fondamentali:

- integrare le informazioni presenti presso tutti gli attori della rete socio-sanitaria;
- raccordare le informazioni aggregate con le informazioni individuali per singolo caso, utilizzando gli scostamenti quantitativi come informazioni utili per la programmazione sociale.

I risultati attesi dall'implementazione del Sistema informativo socio-sanitario, quale meccanismo operativo del sistema di *welfare* integrato e nominativo, sono:

- l'implementazione completa di nuovi meccanismi operativi di accesso, valutazione e monitoraggio;
- il funzionamento del modello organizzativo di *case management*;
- la realizzazione di una cartella socio-sanitaria degli utenti univoca, flessibile e utilizzata da tutti i soggetti coinvolti nella rete socio-sanitaria;
- la definizione e attivazione di nuove procedure di aggiornamento delle informazioni socio-sanitarie.

Ambiti logici di analisi

Le attività di analisi, sviluppate all'inizio del progetto, per definire le esigenze in termini di caratteristiche del Sistema informativo socio-sanitario hanno avuto come riferimento i tre ambiti logici descritti in sintesi di seguito:

- processi *core-gate* e valutazione per l'accesso e valutazione degli esiti: nell'ambito logico «*gate* e valutazione» sono state analizzate le modalità di accesso ai servizi e di valutazione multidimensionale per la formulazione del Progetto individuale di vita e di cure (Pivec) e del Piano assistenziale individuale (Pai), nonché la valutazione degli esiti. Il *focus*, in questo ambito, è stato quello di omogeneizzare comportamenti differenziati nelle realtà distrettuali e formalizzare alcune

procedure ritenute strategiche nel percorso dell'utente nel Sistema socio-sanitario;

– dati/informazioni - *patient record* socio-sanitario: il *patient record* socio-sanitario integrato rappresenta il «dossier paziente», l'insieme delle informazioni e dei dati informatizzati che permette agli attori del sistema sociale e sanitario di poter accedere contemporaneamente, o in modo differito, alle informazioni individuali e di poter inserire le richieste, osservazioni, decisioni, progetti relativi all'utente, alimentando la banca dati che li rende accessibili e che faciliterà l'armonizzazione degli interventi, evitando le ridondanze e riducendo i tempi legati ai trasferimenti informativi. In questo ambito, il *focus* è stato orientato alla definizione di un *data set* che consentisse agli operatori di sviluppare le attività previste nelle singole fasi con l'integrazione necessaria e di soddisfare i debiti informativi (regionali e nazionali) esistenti;

– processi supporto-rendicontazione e amministrazione del contratto: l'erogazione di interventi socio-sanitari avviene, di norma, attraverso enti erogatori, con il coinvolgimento del privato sociale. In particolare per le aree anziani e disabili, con le procedure di accreditamento socio-sanitario, la stipula dei contratti di servizio richiede un'attenta revisione delle modalità di gestione del contratto stesso e di rendicontazione dei fattori produttivi soggetti a remunerazione. Si rende necessario anche il monitoraggio delle rette e del *mix* di interventi per singolo assistito. In questo ambito, si è cercato di orientare il sistema al fine di garantire una risposta utile anche in termini di attività di rendicontazione e di tipo amministrativo-contabile troppo spesso costruita, anzi ricostruita, *ex post* rispetto al momento di svolgimento dell'attività di riferimento.

Gli ambiti sopra riportati, analizzati in termini di criticità presenti e indirizzi per il miglioramento utilizzati per operare le scelte sul sistema informativo, vengono schematicamente e sinteticamente riportati in matrice (tabella 4).

Le criticità, descritte nella tabella 4, riscontrate nel percorso di analisi della situazione esistente (condotta nell'anno 2009) saranno superate, almeno in parte, dall'implementazione della soluzione tecnologico-

informatica. La scelta forte a livello aziendale è stata quella di un investimento nella definizione del modello operativo attraverso un lavoro finalizzato alla chiarificazione dei significati legati all'accesso, segnalazione del bisogno, valutazione, presa in carico e attivazione dell'offerta, che ha consentito la predisposizione di processi omogenei definiti in ambito aziendale e condivisi a livello distrettuale, che hanno reso possibile differenziare i «luoghi e i momenti» nei quali accedere/alimentare il Sistema informativo socio-sanitario tra *front-office* e *back-office*. Tali processi e matrici di responsabilità, che l'Azienda intende «trasformare» nei prossimi mesi in protocolli aziendali/distrettuali, saranno messi a disposizione e costituiranno la base di riferimento del soggetto che dovrà sviluppare operativamente, e implementare a livello territoriale, la soluzione informatica.

3.3. Le scelte del modello di Sistema informativo socio-sanitario

Gli orientamenti generali definiti unitamente ai risultati dell'analisi delle criticità e dei conseguenti indirizzi per il miglioramento negli ambiti logici che hanno consentito all'Azienda di formulare una serie di scelte che caratterizzeranno il Sistema informativo socio-sanitario da implementare in ambito aziendale, sono descritte nei paragrafi seguenti.

L'architettura e le funzionalità

Il disegno architeturale del sistema ha seguito l'approccio proposto dal modello *Electronic Health Record* (EHR) – un'aggregazione *patient-centric* di dati che vengono prodotti da organizzazioni/strutture indipendenti – con l'obiettivo di facilitare la continuità di cura del paziente attraverso le diverse organizzazioni, garantendo l'unitarietà e la fruibilità del dato che costituisce una delle criticità riportate nell'ambito logico *patient record* socio-sanitario.

L'architettura proposta è fortemente orientata ad assicurare un governo complessivo del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, garantendo un *network* informativo fra i soggetti che partecipano agli stessi processi di cura e di assistenza.

Tabella 4
Ambiti logici di analisi - criticità presenti e indirizzi per il miglioramento

	Criticità presenti	Indirizzi per il miglioramento
Processi Core - gate e valutazione per l'accesso e valutazione degli esiti	<p>La fase di accesso ha evidenziato alcune criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> la disomogeneità interdistrettuale presente nel contesto aziendale: in particolare, differenze nelle procedure adottate dagli sportelli sociali nei distretti, nella modulistica utilizzata, nelle informazioni raccolte, negli strumenti di valutazione, di codifica degli interventi; la mancanza di procedure codificate con la conseguente diversa interpretazione nelle diverse realtà riguardo alcune fasi del percorso dell'utente; l'inefficienza nelle modalità operative: i tempi di attraversamento e di trasferimento delle informazioni sono risultati eccessivamente lunghi, con molteplicità di passaggi per gli utenti, con ridondanze organizzative e quasi completamente senza attività informatizzate/automatizzate; la mancanza di integrazione tra i diversi soggetti: è emersa il basso livello di integrazione operativa tra i diversi operatori che lavorano sullo stesso assistito. <p>La fase di valutazione è quella che appare più eterogenea (metodologie applicate in modo non sempre omogeneo) nei tre distretti e interpretata più come certificazione del bisogno (fabbisogno) che come definizione di risposta alla luce delle risorse disponibili (budget).</p> <ul style="list-style-type: none"> la mancanza di percorsi standard nella fase di valutazione e definizione del PAI hanno avuto chiaramente riflessi nella fase di controllo e rivalutazione; la rilevazione (cartacea) di dati di carattere amministrativo non hanno reso di fatto possibile l'attività di controllo degli esiti clinici: sono disponibili dati quali le giornate di ricovero in struttura o di trattamento in semiresidenze, le ore/giorni di trattamento a domicilio, i giorni di assenza dagli interventi programmati, la presenza di servizi aggiuntivi. 	<ul style="list-style-type: none"> la semplificazione e personalizzazione dell'accesso con la revisione sia dei "momenti", sia dei "luoghi" del contatto che del sistema della valutazione, con riferimento alle procedure ed alle metodologie/strumenti utilizzati. la scelta univoca della metodologia della valutazione, con la separazione tra livello di valutazione di base e il livello specialistico la definizione del PiVeC da parte dell'UVM e del PAI da parte dell'equipe di presa in carico dell'utente valutato; l'attribuzione della responsabilità del caso per facilitare sia il contatto con il caregiver che tra gli attori del sistema la documentazione unificata che permetterà anche la riduzione della ridondanza informativa. il monitoraggio del Progetto Assistenziale Individuale e degli esiti clinici (in funzione di quanto riportato nel PiVeC) orientato a verificare il delta tra intervento programmato e intervento realizzato e le sue motivazioni.
Dati/Informazioni - Patient record sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> la tipologia di dati/informazioni e la modalità di raccolta delle stesse. Le informazioni disponibili quasi esclusivamente cartacee, ad eccezione di quelle relative all'assistenza domiciliare sanitaria. Un solo comune della provincia ha un sistema informatizzato di "cartella utente", ma le informazioni sono ancora disponibili solo per il servizio/ente erogante, senza un luogo di concentrazione/condivisione delle informazioni, a parte l'anagrafica provinciale; la variabilità delle informazioni raccolte e la loro diversa denominazione anche per contenuti uguali o molto simili unita allo scambio di informazioni non strutturato tra erogatori e/o servizi si è dimostrato conseguenza ma anche causa della mancanza di integrazione tra i diversi soggetti; gli erogatori sono spesso anche debolmente integrati al loro interno, a partire dalla condivisione e raccolta unitaria dei dati. 	<p>L'informatizzazione del patient record permetterà l'applicazione di standard nella tipologia di informazioni e dati da rilevare, renderà le informazioni dell'utente disponibili in tutte le sedi e a tutti gli attori, permetterà la generazione di flussi, permetterà l'estrazione di report personalizzati per attore/servizio. Questo approccio dovrà limitare il peso del debito informativo in quanto tale, sostenendo invece l'utilizzo delle informazioni ai fini dell'assistenza all'utente.</p>
Processi Supporto - rendicontazione ed amministrazione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> la disomogeneità nelle procedure: si adottano procedure differenti per gli aspetti contabili negli ambiti territoriali con definizione e controllo di output e standard di servizio non sempre omogenei; i contratti differenziati e le disposizioni contrattuali non chiare e fortemente eterogenee. difficoltà e tempi lunghi nell'attività di liquidazione: la mancanza di chiarezza e le differenti procedure adottate hanno determinato difficoltà nell'attività di certificazione della prestazione eseguita e quindi hanno allungato i tempi di pagamento. le inefficienze nelle modalità operative hanno generato tempi di attraversamento delle organizzazioni e di trasferimento delle informazioni lunghi, anche per lo svolgimento non informatizzato delle attività. difficoltà di recupero delle informazioni – contenute nei report di controllo degli Enti Locali che non presentavano standardizzazioni e con l'assenza di strumenti automatici per l'estrazione di report - ha generato scarsa significatività del confronto e l'impossibilità di una efficace rendicontazione nelle sedi istituzionali. 	<p>L'orientamento, rispondente a quanto previsto dal percorso di accreditamento, è quello di definire un contratto di servizio standard che superi gli attuali documenti/atti per le differenti modalità di gestione, inserendovi il set di informazioni necessarie per il controllo del rispetto del contratto stesso.</p> <p>L'informatizzazione del procedimento amministrativo permetterà anche lo sviluppo di una reportistica specifica e differenziata per le analisi gestionali e per i differenti target di utenti.</p>

Al fine di garantire questo duplice obiettivo le principali componenti infrastrutturali di cui il sistema sarà composto sono:

- *repository* socio-sanitario e clinico: ha lo scopo di rendere unitarie le informazioni socio-sanitarie raccolte nel sistema e provenienti anche da altri sistemi di contesto (ad esempio, Sistema informativo ospedaliero, Medicina di base, Sistemi informativi comunali e Ausl che trattano dati correlati all'ambito socio-sanitario, ecc.). Permette di consolidare i dati e i documenti provenienti da fonti assistenziali e cliniche e di presentare una visione unificata di un singolo cittadino (modello cittadino-centrico) piuttosto che individuare una popolazione di cittadini/assistiti con caratteristiche comuni;

- anagrafica centralizzata: ha lo scopo di indicizzare tutti dati relativi al paziente;

- sistema di gestione del *work-flow*: ha lo scopo di rappresentare le attività e responsabilità che devono essere effettuate nei processi di cura e di assistenza e di monitorare gli scostamenti dai percorsi definiti;

- gestione documentale: permette di centralizzare la gestione, la memorizzazione, l'accesso e la visualizzazione dei documenti prodotti sia dal sistema informativo socio-sanitario sia presenti sul *repository* socio-sanitario e clinico e su altri sistemi esterni grazie all'impiego di funzionalità OLE (*Object Linking and Embedding*), garantendo quindi una gestione unificata della conoscenza;

- sistema d'integrazione: permette l'alimentazione e l'interscambio dati fra i *database* del Sistema informativo socio-sanitario e le entità esterne. Ha quindi l'obiettivo di supportare adeguatamente la comunicazione tra processi, garantendo alle diverse entità che devono inviare e/o ricevere dati sui processi, oggetti, messaggi, ecc., di interagire tra loro anche in presenza di diversità nei protocolli di comunicazione, nelle architetture dei sistemi, nella struttura dei messaggi;

- sistema di *business analysis*: garantisce il supporto alle decisioni attraverso l'elaborazione delle informazioni memorizzate nel sistema per la produzione di stampe, reportistica ed estrazioni di dati, che saranno fornite e anche prodotte dagli utilizzatori mediante interfacce di selezione, filtri e *tools*. Questa componente consente anche la realizzazione di estrazioni e aggregazioni a favore di

specifiche entità esterne come ad esempio il *data warehouse* regionale con meccanismi di alimentazione automatica;

- *enterprise portal*: riveste il ruolo di principale strumento di comunicazione interno, rivolto agli utilizzatori del sistema informativo socio-sanitario, ed esterno rivolto ai cittadini/assistiti e altri soggetti pubblici o privati. Per quanto riguarda gli assistiti viene prevista, previa autorizzazione, la possibilità di visualizzare le proprie informazioni legate processo di cura e di assistenza, di prenotare appuntamenti, di pagare *on line* e di interagire con gli operatori degli enti.

Si prevede infine di realizzare il sistema su piattaforma di tipo *web based* multilivello caratterizzata dai canonici tre livelli (il *client*, *computer* dotato di un'interfaccia utente che richiede la risorsa; il *server* dell'applicazione e il *server* dei dati che fornisce a quello dell'applicazione i dati di cui ha bisogno) con l'aggiunta di un livello intermedio, *server* d'applicazione incaricato di fornire la risorsa richiesta disponibile su di un altro *server*.

Tale architettura ha l'obiettivo di garantire grande flessibilità e maggiore sicurezza, dal momento che è possibile definire indipendentemente ogni servizio, ogni livello e buone performance. I vantaggi principali di tale architettura sono:

- la possibilità di gestire centralmente le risorse, essendo il *server* al centro della rete, evitando la duplicazione delle risorse e degli oggetti gestiti;

- una migliore sicurezza ottenuta attraverso un minore numero di punti d'entrata che permettono l'accesso ai dati;

- la garanzia di una rete evolutiva grazie alla possibilità di eliminare o aggiungere i *client* senza interferire sul funzionamento della rete e senza modifiche importanti.

Le Funzionalità previste

Il sistema informativo socio-sanitario è stato progettato con una struttura applicativa modulare per garantire massima configurabilità e flessibilità per rispondere ai molteplici fabbisogni informativi dei diversi soggetti appartenenti alla rete socio-sanitaria.

Di seguito vengono sintetizzati i principali moduli e funzioni previste:

– *modulo di gestione delle policies*: consente la gestione, anche storica, dei dati relativi alle *policies* di ciascun ente, ogni *policy* viene riferita a uno specifico atto ritenuto rilevante per la strategia gestionale nell'area socio-sanitaria dell'ente;

– *modulo di segnalazione e orientamento*: consente la registrazione della situazione di bisogno del cittadino quando accede alla rete dei servizi socio-sanitari. Le principali funzionalità previste dal modulo sono: acquisizione automatica/registrazione dei dati anagrafici dell'assistito e dell'eventuale segnalante; registrazione del bisogno/riciesta; registrazione dell'esito dell'accesso;

– *modulo di valutazione*: consente la registrazione delle diverse tipologie di valutazioni diversificate in base alla categoria di utenza, agli operatori coinvolti e alla tipologia di bisogno. Le principali funzionalità previste dal modulo sono: reperire i documenti relativi al cittadino, riferiti alla sua storia clinica e alla sua storia assistenziale; gestione dell'agenda degli operatori; richiesta e conseguente attivazione di *équipe* di valutazione; compilazione delle schede/scale di valutazione; compilazione di relazione conclusiva/scheda di sintesi/Progetto individualizzato di vita e di cure (Pivec);

– *modulo di attivazione*: consente l'attivazione/diniego degli interventi individuati nella fase di valutazione. Le principali funzionalità previste dal modulo sono: gestione della richiesta di servizio da parte del cittadino; verifica della sostenibilità del percorso; gestione della graduatoria e comunicazione dell'esito;

– *modulo di erogazione*: consente la registrazione delle attività previste per l'erogazione dei servizi. Le funzioni variano in base alla categoria di utenza e alla tipologia di interventi (ad esempio supporto alla domiciliarità, erogazione contributi economici, interventi di socializzazione, inserimento in struttura, ecc.). Le principali funzionalità previste dal modulo sono: compilazione Pai/Pei; definizione del *budget* operativo ed economico; comunicazione Pai/Pei; sottoscrizione contratto assistenziale; programmazione e gestione Piano individuale d'attività; gestione agenda degli operatori; calcolo e comunicazione di pagamenti;

– *modulo di monitoraggio e rendicontazione*: consente l'esecuzione del monitorag-

gio sulla dimensione assistenziale-clinica e sulla dimensione economica e l'assolvimento dei debiti informativi. Le principali funzionalità previste dal modulo sono: monitoraggio assistenziale-clinico ed economico; acquisizione flussi economici; monitoraggio dei flussi economici; monitoraggio delle attività socio-assistenziali delegate; assolvimento dei debiti informativi e addebito servizi all'utente;

– *modulo di gestione della contabilità di settore*: consente la gestione delle risorse economiche a disposizione degli enti per la spesa socio-sanitaria. Il modulo permette di gestire sia il *budget* economico-finanziario, i valori previsionali di costo/ricavo e il relativo consuntivo con i movimenti di entrata e di uscita, che il *budget* operativo nel quale vengono assegnare le quantità che identificano le voci particolari (servizio, ora di servizio, ecc.) e il relativo consuntivo.

Nella scelta delle funzionalità che il sistema dovrà garantire si è privilegiata l'ottica del percorso che dovrà seguire l'utente e delle macroattività che dovranno essere svolte dai differenti operatori nel processo – dall'accesso sino alla rendicontazione dell'attività svolta a beneficio dell'utente del sistema socio-sanitario – al fine di assicurare la completezza e la piena rispondenza delle stesse funzionalità alle esigenze di operatività di tutti gli operatori.

La Cartella utente socio-sanitaria

La Cartella utente rappresenta il collettore del sistema informativo socio-sanitario, in quanto raccoglierà i diversi dati/informazioni e documenti che vengono rilevati e gestiti dalla soluzione applicativa (moduli applicativi e *repository* socio-sanitario e clinico) relativi al medesimo soggetto e riferiti a episodi appartenenti a uno specifico periodo assistenziale. Le cartelle utente relative a diversi periodi assistenziali formeranno il fascicolo socio-sanitario di ambito provinciale che alimenterà il fascicolo socio-sanitario regionale.

In ambito socio-sanitario è sempre più necessario basare le proprie scelte su dati validi e affidabili. Nella clinica, come nell'assistenza alla persona, la documentazione (cartella utente) degli interventi progettati ed erogati,

presente nel complesso delle registrazioni effettuate sulla persona, è lo strumento che dovrebbe raccogliere traccia del processo e permettere di collegare l'attività ai risultati di salute. Mentre il tracciato di tutte le informazioni relative a una persona (*patient record*) rappresenta il contenitore generale, la cartella utente è quella che, in particolare, raccoglie le informazioni relative agli interventi/informazioni in ambito socio-sanitario. Come tale, la cartella utente si configura quale vero e proprio «dossier socio-sanitario» con gli stessi requisiti di una cartella sanitaria. In questa visione occorre, quindi, ricordare che, in particolare nel caso di un unico sistema informativo socio-sanitario, qualora si venga a riscontrare l'incompleta e/o errata compilazione si può incorrere nei reati⁶ previsti dal Codice penale, applicabili in casi di errori nella compilazione di una cartella clinica. Sempre per la rilevanza che assume nelle scelte istituzionali il sistema informativo socio-sanitario integrato, tale documentazione deve rispettare alcuni requisiti di qualità entrati nella prassi e nelle norme: completezza, comprensibilità, fruibilità. Questi tre requisiti rappresentano delle condizioni essenziali: il dossier deve contenere tutte le informazioni della persona che devono essere disponibili per gli aventi diritto e comprensibili ai vari soggetti interessati, ponendo quindi un punto importante sulla scelta delle parti che la compongono, dei linguaggi, degli acronimi, degli strumenti. La cartella utente, nel processo di presa in carico, diventa lo strumento che permette anche la tracciabilità dei processi e la valutazione degli esiti, per determinare la validità e l'appropriatezza delle soluzioni adottate. Le motivazioni che devono indurre a valutare gli esiti e la qualità delle cure erogate sono due: le professioni di cura – sia di area sociale che sanitaria – sono strutturalmente orientate a valutare il risultato del proprio e altrui lavoro; inoltre l'*accountability*, che caratterizza il sistema socio-sanitario oggi, richiede di misurare le differenze tra la qualità che teoricamente sarebbe possibile erogare (*efficacy*) e quella che in pratica viene erogata (*effectiveness*).

La cartella utente socio-sanitaria che è stata predisposta si compone di alcune parti basilari: Anagrafica (Assistito e Persona segnalante), Segnalazione dello stato di bisogno, Valutazione sociale, Piano di intervento

sociale, Valutazione multidimensionale e multidisciplinare (base e specialistica), predisposizione del Progetto Individuale di vita e di cure, Attivazione del servizio, Piano assistenziale/educativo individuale Pai/Pei, Monitoraggio clinico-assistenziale ed economico, Rendicontazione (interna ed esterna), Rivalutazione.

È previsto che la Cartella si interfacci con la cartella Adi (assistenza domiciliare integrata), con la cartella dei Medici di medicina generale (Mmg), con la cartella clinica ospedaliera e il sistema di raccolta dei referti diagnostici (laboratorio analisi, radiologia, ...), con la cartella socio-sanitaria (se esistente) delle strutture residenziali e semiresidenziali.

La valutazione costituisce l'ambito nel quale sono stati codificati in letteratura gli strumenti metodologici, per valutare differenti tipologie di utenti con differenti bisogni (semplici e complessi), che dovranno essere gestiti dal Sistema informativo socio-sanitario e i dati rilevati che andranno a implementare la cartella socio-sanitaria per essere utilizzati nel percorso dell'utente lungo la filiera socio-sanitaria.

Nella **tabella 5** è presente l'elenco degli strumenti di valutazione utilizzati. Nelle righe sono riportate per le singole scale di valutazione utilizzate (raggruppate in valutazione Sociale, Multidimensionale e Multidimensionale specialistica):

- la dimensione della scala: quale macrodimensione va a valutare la scala, sociale, clinica (stato clinico e severità), sanitaria funzionale (stato funzionale) o cognitiva;
- la categoria di utenza: l'utente alla quale è rivolta la scala;
- la competenza: a quale soggetto compete l'utilizzo di quella scala;
- l'obbligatorietà: le scale possono essere nel percorso di valutazione obbligatorie, facoltative o vincolate (in relazione a determinate situazioni o a punteggi ottenuti in altre scale);
- le note: alcune osservazioni o chiavi di lettura per una corretta interpretazione della scala.

La Cartella utente permetterà, come già detto, di tracciare gli esiti della presa in carico e della cura alle persone. Sono stati in-

Tabella 5
Strumenti di valutazione

VALUTAZIONE	SCALE UTILIZZATE	OBIETTIVO/BISOGNO RILEVATO	DIMENSIONE DELLA SCALA	CATEGORIA DI UTENZA	COMPETENZA	OBBLIGATORIETA'	NOTE
Scale per Valutazione Sociale							
	CBI_CAREGIVER BURDEN INVENTORY	stress del caregiver	sociale	caregiver	caregiver/ass. sociale responsabile del caso/educatore territoriale	obbligatoria	Scala di autosomministrazione, il caregiver può avere la necessità di essere supportato dal responsabile del caso per la compilazione. Scale alternative più semplificate: 1) "Family Strain Questionnaire" 2) "R.S.S." "Relatives Stress Scale"
	FAMILY STRAIN QUESTIONNAIRE	stress del caregiver	sociale	caregiver	caregiver/ass. sociale responsabile del caso/educatore territoriale	obbligatoria	Alternativa alla CBI
	CIO_COMMUNITY INTEGRATION QUESTIONNAIRE	partecipazione alla vita sociale	sociale	disabili	ass. sociale responsabile del caso/educatore territoriale	obbligatoria	
Scale per Valutazione Multidimensionale							
	SRS_SUPERVISION RATING SCALE	grado di supervisione che il paziente richiede	funzionale	anziani/disabili	ass. sociale responsabile del caso/educatore territoriale	obbligatoria	Criticità: le domande della scala sono atte a capire lo stato attuale e non il bisogno. Per Oracer è prevista nella Dgr specifica
	IBA INDICE BISOGNO ASSISTENZIALE	bisogno infermieristico	sanitaria	anziani/disabili	infermieristica	obbligatoria	
	S. CONLEY	rischio caduta	funzionale	anziani/disabili	infermieristica	vincolata	Obbligatoria per tutti gli anziani e per gli adulti con disturbi motori. Non obbligatoria per i giovani senza lesioni motorie e per i disabili psichici, giovani e minori
	S. BRADEN	rischio lesioni da pressione	sanitaria	anziani/disabili	infermieristica	obbligatoria	Non viene utilizzata per i minori
	RILEVAZIONE DOLORE	rilevazione dolore percepito	sanitaria	anziani/disabili	infermieristica	obbligatoria	
	RAI NUTRITION SCORE	rischio di malnutrizione	sanitaria	anziani/disabili	infermieristica	vincolata	Solo per accesso RAVCP, in altri setting occorre comunque una valutazione nutrizionale, almeno che comprenda la circonferenza vita come indice predittivo di massa corporea e stato nutrizionale. La scala è quindi da somministrare sempre solo se scala IBA punto "alimentazione e idratazione" diverso da D e se BRADEN al punto "nutrizione" con punteggio totale 1-2
	INDICE DI BARTHEL	rilevazione delle capacità nelle attività di base della vita quotidiana	funzionale	anziani/disabili	infermieristica	obbligatoria	Lo stato di non autosufficienza del disabile è identificato quando l'utente ha un valore <= 25 e nella "valutazione profilo intensità del bisogno nel soggetto disabile" (CF RIDOTTA) presenta un livello A o B
	IADL a 8 parametri INSTRUMENT ACTIVITY OF DAILY LIVING	rilevazione delle capacità nelle attività avanzate della vita quotidiana	funzionale	anziani/disabili	infermieristica	vincolata	Solo nel caso di progetti domiciliari; ulteriore dettaglio rispetto alla BARTHEL
	BRASS	valutazione globale delle necessità di assistenza	funzionale	anziani/disabili	infermieristica	obbligatoria	Scala di sintesi
	AUSILI	rilevazione se presenti ausili e indicazioni di eventuali necessità	funzionale	anziani/disabili	infermieristica	vincolata	Solo nel caso in cui l'utente si avvalga già di ausili o se ne preveda la necessità
	BINA (MODIFICATA 2010)	breve indice di non autosufficienza	sanitaria	anziani/fragili	(vedi note)	vincolata	Obbligatoria per anziani. La scala può essere compilata da: - medico geriatra - medico medicina generale - medico psichiatra (nel passaggio del 65 anno) - medico ospedaliero nelle dimissioni assistite - infermieri, assistenti sociali ed educatori (previa opportuna formazione) con convalida da parte del geriatra
	VALUTAZIONE PROFILO INTENSITA' DEL BISOGNO NEL SOGGETTO DISABILE (CF RIDOTTA)	livello di disabilità	funzionale cognitiva	disabili	ass. sociale responsabile del caso/educatore territoriale/medico specialista	obbligatoria	Scala di sintesi per valutazione conclusiva multidimensionale. Lo stato di non autosufficienza del disabile è identificato quando l'utente presenta un livello A o B e ha un valore <= 25 nella Barthel

(segue) **Tabella 5**
Strumenti di valutazione

VALUTAZIONE	SCALE UTILIZZATE	OBBIETTIVO/BISOGNO RILEVATO	DIMENSIONE DELLA SCALA	CATEGORIA DI UTENZA	COMPETENZA	OBBLIGATORIETA'	NOTE
Scale per Valutazione Multidimensionale Specialistica							
	LCF_LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING	strumento di monitoraggio del recupero della coscienza e della comunicazione dopo il coma	funzionale	GRACER (Gravi cerebrolesioni acquisite Emilia Romagna)	medica	obbligatoria	
	CGS_COMA GLASGOW SCALE	valutazione del livello di coma	funzionale cognitiva	GRACER (Gravi cerebrolesioni acquisite Emilia Romagna)	medica	obbligatoria	Coma glasgow se il valore è =8 al momento della dimissione ospedaliera e se l'utente non ha un'altra patologia precedente e non concomitante di tipo cognitivo e cerebrale
	DRS_DISABILITY RATING SCALE	valutazione globale livelli di disabilità	funzionale	GRACER (Gravi cerebrolesioni acquisite Emilia Romagna)	medica	obbligatoria	
	SLA (FUNCTIONAL RATING SCALE (ALS FRS-R))	valutazione globale livelli di disabilità	Funzionale	GRAD o pz ex DGR 2068 tipologia 2 (gravissime disabilità acquisite da patologie neurologiche evolutive)	medica	obbligatoria	solo nei soggetti affetti da SLA
	PATOLOGIA PREVALENTE ICD IX	valutazione patologia prevalente	clinica	anziani/disabili	medica	obbligatoria	a cura del MMG curante
	PATOLOGIA CONCOMITANTE ICD IX	valutazione patologia concomitante	clinica	anziani/disabili	medica	obbligatoria	a cura del MMG curante
	PAZIENTE RISCHIO INFETTIVO	valutazione rischio infettivo	clinica	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo per inserimento in strutture residenziali/semiresidenziali
	CIRS_CUMULATIVE INDEX RATING SCALE	indice di comorbidità	clinica	anziani/disabili	medica	obbligatoria	Flusso regionale Gracer e Stroke
	UCLA UNIVERSITY OF CALIFORNIA - LOS ANGELES (SHOULDER SCALE)	valutazione della presenza, della frequenza e della severità dei disturbi comportamentali	clinica	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo se sono presenti disturbi del comportamento evidenziati con la BRASS (per i valori diversi da 0 nella voce Modello comportamentale). Flusso regionale Gracer e Stroke
	GDS_GLOBAL DETERIORATION SCALE	valutazione del grado di compromissione cognitiva	cognitiva	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo se sono presenti deficit cognitivi rilevati con la MMSE o SPQRS. Flusso regionale Gracer e Stroke. La GDS è probabilmente la più utilizzata tra le scale di staging e serve per stadiazione e selezionare gruppi di pazienti sostanzialmente simili tra loro che abbiano lo stesso grado di compromissione cognitiva. La stadiazione con la GDS, tuttavia, si basa soprattutto sui sintomi cognitivi, che nelle fasi avanzate della malattia sono poco quantificabili e largamente sopravanzati, per la loro gravità e per l'impatto sul caregiver, dai disturbi comportamentali.
	TINETTI	valutazione completa della mobilità e dell'equilibrio con evidenza del rischio caduta	funzionale	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo se il rischio cadute è stato evidenziato nella Conley
	MMSE_MINI-MENTAL STATE EXAMINATION	valutazione completa delle performance cognitive	cognitiva	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo qualora si sospettino dei deficit cognitivi. Alternativo al SPMSQ.
	INSTABILITA' CLINICA	valutazione della stabilità clinica dell'anziano/disabile/gracer	clinica	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo per i soggetti ricoverati in area ospedaliera. Scala di sintesi compilata sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), valuta la stabilità clinica dell'anziano/disabile
	SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)	valutazione breve delle performance cognitive	cognitiva	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo qualora si sospettino dei deficit cognitivi. Alternativo al MMSE.
	CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR)	valutazione del grado di compromissione cognitiva e non cognitiva nella stadiazione della demenza	cognitiva	anziani/disabili	medica	vincolata	Solo se sono presenti deficit cognitivi rilevati con la MMSE o SPQRS. Questa scala ha il vantaggio rispetto alla GDS di considerare anche domini di tipo non cognitivo nella determinazione del punteggio finale utile alla stadiazione della demenza (attività di tipo sociale, casalinghe ed hobbies, cura personale)
	TIO_THERAPY IMPACT QUESTIONNAIRE	valutazione della qualità della vita usata nelle cure palliative	funzionale sociale	anziani/disabili	utente, caregiver/ass. sociale responsabile del caso/educatore	facoltativa	Valuta l'impatto della terapia sul caregiver.
	CONSULENZE SPECIALISTICHE	approfondimento di bisogni specifici	clinica	anziani/disabili	medica	facoltativa	

dividui alcuni indicatori da sperimentare: giorni di autonomia nelle ADL mantenuta (generale o specifica per ADL), giorni di disabilità evitati, giorni di vita senza dolore, giorni/mesi di attività fisica mantenuta, ore di attività mantenuta *pro die*, ore di relazione mantenuta *pro die*, Prevalenza di stati di ansia/depressione negli anziani, qualità percepita della vita. Alcuni indicatori di «rischio» individuati: prevalenza puntuale e riduzione percentuale del rischio di obesità/malnutrizione, di immobilità, di caduta.

L'orientamento verso il web 2.0

Una delle scelte forti, in termini di innovazione introdotta, per il Sistema informativo socio-sanitario che verrà implementato vuole essere l'apertura verso il *web 2.0*. I modelli emergenti di collaborazione, basati appunto su applicazioni *web 2.0*, appaiono una risposta efficace (Scotti, 2010), sia sul lato interno (tra professionisti) che esterno (con gli utenti), alla crisi degli attuali sistemi operativi – basati sul concetto di collaborazione e interfaccia inteso in termini di gestione del coordinamento operativo delle attività in sequenza di processo – che appaiono non più adatti a un contesto di elevata dinamicità dei processi di cambiamento, velocità di risposta ed evoluzione degli utenti.

Le aziende, quindi, devono quindi costruire delle infrastrutture di collaborazione che sappiano liberare il potenziale di intelligenza, di conoscenza, di cooperazione non liberato perché intrappolato dagli attuali assetti con riferimento ai due lati:

- dal lato interno le persone devono potersi organizzare operativamente aggregando risorse e sviluppando la collaborazione necessaria per portare avanti le attività e risolvere le problematiche, soprattutto nei momenti nei quali quello che si deve fare non è previsto nel processo, dal ruolo o dalla mansione. Questo significa sviluppare soluzioni per poter integrare l'organizzazione formale con le nuove forme organizzative della rete informale auto organizzata;

- dal lato esterno, le aziende si trovano di fronte a un utente (o *caregiver*) sempre più evoluto (meno passivo, più interattivo) e immerso all'interno di un ecosistema sociale, digitale e in tempo reale, che rende necessa-

rio comprendere e interiorizzare le nuove logiche di apertura, trasparenza e co-creazione tipiche della rete verso gli stessi utenti.

Il Sistema socio-sanitario, date le sue caratteristiche, richiede quindi questo orientamento verso soluzioni/strumenti/infrastrutture che rendano flessibile l'organizzazione, maggiormente pronta a interiorizzare e processare – in termini di risposte efficaci ed efficienti – i cambiamenti e orientata alla collaborazione tra i professionisti che vi operano. Il soddisfacimento di tali fabbisogni organizzativi è possibile attraverso la definizione, progettazione e la successiva realizzazione di soluzioni che siano coerenti con lo scenario esterno e con le variabili organizzative del contesto interno (Cifalinò, 2007).

Il progetto di Sistema informativo socio-sanitario, quale cardine dei sistemi operativi che caratterizzano l'assetto organizzativo dell'Azienda, prevede un suo orientamento verso le innovazioni *web 2.0* che è possibile sintetizzare nei seguenti punti:

- *organizational network analysis*: il soggetto che andrà a realizzare il progetto dovrà prevedere una rilettura degli attuali processi e articolazione delle responsabilità indirizzata dalla *Organizational Network Analysis* che possiamo definire come una *Social Network Analysis* condotta a livello di ruoli nella quale viene richiesto ai partecipanti di nominare i «ruoli» più che le persone dai quali dipendono per svolgere correttamente e al meglio il loro lavoro, assieme al grado di dipendenza che possono avere rispetto a quei determinati ruoli;

- soluzioni per *community*: il disegno operativo proposto per lo sviluppo del sistema dovrà prevedere soluzioni di:

- a) *knowledge management*: i gruppi sociali legati da pratiche comuni richiedono soluzioni per la creazione, organizzazione, condivisione e miglioramento di conoscenza, attraverso lo scambio di suggerimenti e buone prassi, il confronto su problemi professionali, individuazione di soluzioni operative. I contenuti rimangono patrimonio dell'organizzazione e riutilizzati in futuro dai colleghi;

- b) *piattaforme di collaborazione* nella gestione delle attività operative di competenza soprattutto quelle che richiedono l'interazio-

ne di differenti risorse appartenenti a profili professionali diversi o cogestione di processi (ad esempio valutazione multidimensionale e multiprofessionale);

c) social learning: il tema dell'apprendimento, basato su *community* e previsto nel corso dell'implementazione e gestione del sistema, dovrà prevedere soluzioni che spostino l'attenzione dalla costruzione dei contenuti (tipico dell'*e-learning*) a contesti che supportano le persone nel generare conoscenza e apprendere in modo collaborativo;

d) social customer relationship management (CRM): il sistema dovrà essere capace di coinvolgere il cittadino in una conversazione collaborativa al fine di generare un reciproco vantaggio in un ambiente di fiducia e trasparenza. La *community* diventa un nuovo referente da ascoltare per comprendere in tempo reale i bisogni.

3.4. Il processo per l'innovazione: il percorso partecipativo e le fasi progettuali

Il processo di innovazione è stato orientato verso tre direzioni, quella istituzionale, quella organizzativa e quella tecnologico-informatica. Il percorso *Istituzionale* si è basato sulla ricerca della condivisione del modello operativo di rete integrata fra gli attori istituzionali del sistema socio-sanitario. Il percorso *Organizzativo* ha realizzato l'analisi dei macro-processi per permettere agli attori coinvolti di riconoscere le sinergie fra i rispettivi processi organizzativi per definire e attuare le politiche di sviluppo comune, ricomponendo un quadro di sintesi. Il percorso *Tecnologico-informatico* ha analizzato gli strumenti informatici in grado di permettere una lettura integrata dei processi e delle decisioni, delle performance e del consumo di risorse.

Il percorso partecipativo

La definizione della proposta progettuale del nuovo Sistema informativo socio-sanitario integrato di ambito provinciale ha reso necessaria l'attivazione di un percorso partecipativo che ha dovuto coniugare:

– la dimensione politica (a livello regionale, provinciale, distrettuale e comunale) con

funzione di validazione del progetto in generale e di alcune scelte di impostazione;

– la dimensione tecnica (anche questa ai tre livelli) con funzione di impostazione, condivisione e verifica puntuale nelle diverse fasi dello sviluppo progettuale che ha visto la collaborazione di differenti tavoli istituzionali di lavoro.

Sono state attivate quattro direttrici di integrazione con gli attori del sistema socio-sanitario:

1) un piano di lavoro che ha coinvolto gli enti committenti (Ausl, Provincia, enti locali);

2) l'interlocuzione Ausl e Regione Emilia Romagna per concertare la coerenza dell'impianto del modello socio-sanitario regionale;

3) il lavoro di coordinamento interno di diversi settori dell'Ausl;

4) la concertazione con i produttori che venivano invitati a utilizzare il nuovo sistema informativo unitario di ambito provinciale.

La matrice (**tabella 6**) che segue sintetizza i diversi piani di lavoro che sono sempre stati distinti fra la dimensione politica e la dimensione tecnica.

In tabella è possibile leggere gli organi di lavoro che sono stati attivati per ogni livello della programmazione. Il livello politico fra i committenti ha fatto perno sulla Conferenza territoriale sociale e sanitaria e i Comitati di distretto che hanno permesso l'individuazione degli attori e degli obiettivi del progetto. Il lavoro è stato sostenuto sul piano tecnico dalla collaborazione fra gli organi di cui si è dotato ogni attore della rete socio-sanitaria per la progettazione e il coordinamento dei servizi: gli uffici di piano dei tre distretti, e i servizi territoriali e di staff Ausl che hanno permesso di definire il nuovo modello operativo di riferimento della rete socio-sanitaria di ambito provinciale. Il livello politico fra Regione Emilia Romagna e Ausl ha permesso la coerenza del progetto con le linee di indirizzo regionali e il livello tecnico ha consentito la condivisione fra le scelte tecnologiche di ambito regionale e provinciale. L'Azienda ha cercato di valorizzare le prerogative di governo di ogni attore coinvolto attraverso una funzione di coordinamento. Il livello politico e tecnico fra committenti e

Tavolo di lavoro	Ambito del tavolo	
	Politico	Tecnico
Ausl-eell-Provincia	Conferenza sociosanitaria provinciale Ufficio di Presidenza Comitati di Distretto	Ufficio di Piano Ufficio di supporto Servizi territoriali e di staff Ausl Gruppi di lavoro tematici
Ausl-RER	Vertici istituzionali	Vertici tecnici
Ausl	Vertice strategico	Gruppi di lavoro tematici
Ausl-eell-Provincia-soggetti produttori	Vertici istituzionali per concertazione per accreditamento	Gruppi di lavoro tematici

Tabella 6
Matrice ambiti e tavoli di lavoro

soggetti produttori, in corso di avvio, dovrà garantire la coerenza del nuovo modello di accreditamento all'interno del più generale modello di *welfare* integrato.

Le fasi progettuali

L'evoluzione del progetto può essere descritta e rappresentata in quattro fasi principali:

– I fase «Incubazione interna Ausl»: è stato percepito il bisogno di maggiore integrazione e condivisione delle iniziative gestite da strutture e processi organizzativi differenti per permetterne una lettura unitaria e integrata. È stata avviata un'analisi dei principali processi socio-sanitari che ha evidenziato come l'elevata interdipendenza fra i diversi attori della rete socio-sanitaria necessitasse di maggiori sistemi operativi di supporto;

– II fase «*Consensus conference* fra gli attori della rete socio-sanitaria provinciale»: l'analisi condotta è stata condivisa con i soggetti della rete socio-sanitaria. Questo ha permesso di costruire una *consensus conference* fra gli attori che ha portato alla progettazione di un nuovo modello operativo di riferimento di rete integrata con declinazione di dettaglio delle soluzioni organizzative per la gestione dei processi con la finalità di migliorare le attuali modalità di integrazione (istituzionale, organizzativa e professionale), di definizione dei criteri e delle regole di raccolta e condivisione dei dati e delle informazioni sugli utenti della rete socio-sanitaria al fine

di garantire la continuità assistenziale, la valutazione e il controllo degli interventi sia ai fini assistenziali che per la programmazione e il controllo;

– III fase «*Consensus conference* regionale»: la Regione Emilia-Romagna, in coerenza con gli indirizzi generale sul sistema di *welfare* locale, ha puntato sull'obiettivo di arrivare alla definizione del disegno e all'implementazione del Sistema informativo socio-sanitario iniziando a definire (attraverso gruppi tecnici) indirizzi sulla sua architettura (sintetizzati nei paragrafi precedenti) approvati dalla Cabina di regia. Con la Regione, oltre ad avere fornito – come azienda – un contributo rilevante nella parte tecnica di definizione degli indirizzi, è stato avviato, a seguito della loro formalizzazione, un percorso di confronto sulla caratterizzazione del Sistema informativo socio-sanitario provinciale previsto dalle linee-guida arrivando a una condivisione generale;

– IV fase «Apertura ai soggetti gestori»: l'importante processo voluto dalla Regione Emilia Romagna di ridefinizione del modello di accreditamento dei soggetti gestori di servizi socio-sanitari ha permesso di avviare un confronto fra i committenti e gli erogatori utilizzando lo strumento del contratto per ridefinire le modalità e strumenti di integrazione operativa e di comunicazione.

4. Considerazioni conclusive

I sistemi informativi esistenti si pongono come obiettivo quello di rispondere ad alcu-

ne esigenze conoscitive che sono proprie di tutti i soggetti del sistema di *governance* regionale – che nell'area dei servizi territoriali vede enfatizzate le forme di integrazione tra i servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e i servizi sociali istituzionalmente affidati agli enti locali (Banchemo, 2005) – e riconducibili in generale ai due ambiti seguenti.

A. Informazioni di governo:

– che descrivono il contesto, cioè gli scenari demografici, epidemiologici e sociali (identificazione dei bisogni e dei rischi, analisi della domanda inevasa e latente, analisi dei consumi) o che fanno un'analisi delle risorse della comunità (opportunità e punti di forza del «capitale sociale» che essa esprime, ivi inclusa l'offerta socio-sanitaria);

– che rispondono a esigenze di controllo e confronto con altre realtà regionali riguardo ai processi di valore strategico implementati in sede locale che sostanziano le funzioni di committenza proprie degli organismi di governo - locali e regionali - e gli esiti di performance complessiva e di impatto sui beneficiari e sulla comunità in generale.

B. Informazioni per la gestione: rispondono a esigenze di controllo operativo e amministrativo tramite l'identificazione degli utenti (ricostruzione del percorso assistenziale); degli eventi (processi di accesso, erogazione), dei risultati prodotti; dei costi sostenuti; dei prescrittori/produttori di spesa; identificazione e valutazione dei processi di implementazione di programmi e progetti.

L'Ausl di Piacenza si è posta l'obiettivo di affrontare il progetto di definizione delle caratteristiche e del disegno del Sistema informativo socio-sanitario all'interno di un più generale obiettivo di realizzare un nuovo sistema di *welfare* integrato e nominativo. Una scelta che consente di coniugare il coordinamento degli assetti istituzionali e delle risorse, ottenuto attraverso l'integrazione delle dimensioni macro organizzative e della programmazione delle risorse e dei servizi, con il coordinamento dei processi assistenziali, ottenuto attraverso una lettura unitaria dei processi clinici e assistenziali in grado di ricomporre un quadro valutativo e di indirizzo dell'utente sui diversi ambiti di cura e di assistenza.

Il progetto è molto ambizioso per le caratteristiche stesse del sistema così come disegnato (molto completo e articolato) e per i diversi livelli istituzionali (Comuni e Provincia) e non (soggetti erogatori accreditati) che prevede che diventino parte attiva del sistema in termini di utilizzo delle funzioni applicative e condivisione delle informazioni secondo modalità e soluzioni tecnologiche comuni. È stato un percorso lungo perché si è deciso per un approccio fortemente partecipativo e negoziale alla ricerca di soluzioni che fossero condivise dai diversi livelli (regionale, provinciale, distrettuale e comunale); orientato verso la riprogettazione dei processi (con un miglioramento in termini di efficacia-efficienza e una omogeneità che si traduce in rispetto dell'equità all'interno di un territorio che non intende ammettere differenze che non siano motivate da reali specificità) e una rivisitazione del complesso delle informazioni da gestire con (e nel) sistema nell'ambito di un'idea di *welfare* da garantire in termini di funzionalità del sistema operativo.

Infine, sono tre i principali elementi che tengono in vita il progetto di creazione del sistema informativo di *welfare* integrato:

– la scelta tecnologica da parte della Regione Emilia Romagna di costruire un *data warehouse* socio-sanitario e un fascicolo elettronico socio-sanitario del cittadino e l'esigenza di raccogliere, dai diversi ambiti provinciali, le informazioni per alimentare i due sistemi;

– la necessità, da parte dei committenti, di avere un sistema in grado di supportare la scelta gestionale di separazione fra committenza e produzione;

– il processo di accreditamento dei servizi socio-sanitari che garantisce la ridefinizione delle regole e dei debiti informativi.

Parallelamente si individuano anche tre principali elementi di forte criticità del progetto:

– la complessità e il costo del progetto e la necessità di compartecipazione da parte degli attori che utilizzeranno il sistema (Azienda, Provincia, Comuni e soggetti erogatori);

– i tempi di progettazione e implementazione che necessitano scelte importanti sul periodo di transizione al nuovo sistema: im-

mobilità verso nuove implementazioni che andranno a morire;

– l'*ownership* del sistema e la creazione di una fiducia collettiva che garantisca ai committenti un ruolo omogeneo di nodo di una rete socio-sanitaria comune.

Il Sistema informativo socio-sanitario, come concepito e disegnato dalla Ausl di Piacenza, viene a costituire uno dei principali fattori abilitanti dell'integrazione socio-sanitaria e della sua traduzione in realizzazione di percorsi assistenziali integrati. Infatti, la definizione condivisa delle modalità operative, la chiarificazione delle responsabilità di tutti gli attori che intervengono nelle differenti fasi del percorso, la disponibilità – in tempo reale e da ogni snodo della rete – delle informazioni rilevate informaticamente rappresentano caratterizzazioni del modello che saranno interiorizzate nel sistema informatico che renderà operativamente possibile l'interazione coordinata dei differenti professionisti sui percorsi attivati per gli utenti.

La vera sfida, per produrre i risultati attesi dall'implementazione del Sistema informativo socio-sanitario di ambito provinciale, è costituita dalla capacità di garantire nel tempo l'impegno all'utilizzo costante e da parte di tutti gli attori del sistema per assicurare

l'unitarietà e la completezza dei percorsi attivati nel territorio di riferimento dell'Azienda.

Note

1. Lepida SpA è lo strumento operativo promosso dalla Regione Emilia-Romagna (RER) per la pianificazione, lo sviluppo e la gestione omogenea e unitaria delle infrastrutture di telecomunicazione degli enti collegati alla rete Lepida, per garantire l'erogazione dei servizi informatici inclusi nell'architettura di rete e per una ordinata evoluzione verso le reti di nuova generazione.
2. *Middleware*: insieme di programmi informatici che fungono da intermediari tra diverse applicazioni e componenti *software*. Sono utilizzati come supporto per sistemi distribuiti complessi. I *software* utilizzati possono anche essere più di uno.
3. *Repository*: ambiente di un sistema informativo in cui vengono gestite le informazioni, attraverso tabelle relazionali.
4. *Gateway*: connessione che consente lo scambio delle informazioni.
5. *Data warehouse*: (DWH) magazzino di dati, è un archivio informatico contenente i dati di un'organizzazione. I DWH sono progettati per produrre facilmente relazioni e analisi. Componenti essenziali di un sistema DWH sono anche gli strumenti informatici per localizzare i dati (che possono essere giacenti in sistemi informativi e banche dati diverse), estrarli, trasformarli e caricarli.
6. Omissione d'atto d'ufficio o di falso ideologico volontario o doloso.

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

- AA.VV. (2002), *L'assistenza socio-sanitaria sul territorio*, Atti del convegno, 17 giugno 2002, Editech Pharma, Milano.
- AA.VV. (2010), *Relazione Finale contenuta in verbale Cabina di regia del 30 giugno 2010 – approvata nella seduta del 27 settembre 2010* – Gruppi tecnici di lavoro sulla integrazione dei sistemi informativi sociali e sanitari.
- BANCHERO A. (2005), *Programmazione i servizi sociali e sociosanitari*, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna.
- BERARDO A., DI TOMMASO F., FALASCA P., LONGO F. (2011), «Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità», *Mecosan*, 77, pp. 89-105.
- BOTTARI C. (a cura di) (2009), «L'integrazione socio-sanitaria», in collana Sp.i.s.a.p pubblicazioni Master Universitario di I Livello in Diritto Sanitario a.a. 2007-2008.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema sociosanitario pubblico», *Mecosan*, 10, pp. 24-35.
- CIFALINÒ A (a cura di) (2007), *Il governo dei servizi sanitari territoriali*, FrancoAngeli, Milano.
- FOGLIETTA (2004), «Modelli di Distretto e integrazione socio-sanitaria», *Studi Zancan*, n. 2.
- MENEGUZZO M. (2000), «Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 19, pp. 136-137.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA (2008), *Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010*, approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna il 22.05.08.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA (2010), *Il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna e il nuovo Welfare* -

- Le strutture, la spesa, le attività al 31 dicembre 2009 Programmi e modelli organizzativi.*
- SCOTTI E. (2010), «Enterprise 2.0», *Quaderni di management*, n. 46.
- Bibliografia di approfondimento**
- AA. VV. (2010), *Marketing 2.0 Vincere le nuove sfide dei mercati interconnessi*, Harvard Business Review e Sole 24 Ore.
- ANNICCHIARICO M., PROTONOTARI A., CASTALDINI I., CAVAZZA G., GRAZIA L., RENOPI A. (2009), «Misurare i servizi sanitari e socio-sanitari per un utilizzo efficiente delle risorse disponibili», *Mecosan*, 72, pp. 105-121.
- BRIZIOLI E. (2007), Progetto Mattone 12 del Ministero della Sanità per i sistemi informativi nazionali: le indicazioni sui sistemi di classificazione e remunerazione della residenzialità, Atti di Convegno, 17 aprile 2007 - Pte-Expo.
- BURIANI A., CAMPANINI L., COLOMBO M., FERRI K., MONTANELLI R., SCAGLIARINI A. (2010), «Fondo regionale per la non autosufficienza. Implementazione di un metodo di programmazione, monitoraggio e verifica», *Mecosan*, 73, pp. 123-145.
- CURCETTI C., ROLFINI M., LAZZARATO M. (2005), «Regione Emilia-Romagna: Dipartimento delle cure primarie e le cure domiciliari», *Suppl. Monitor*, 13, pp. 145-150 2005.
- FOGLIETTA F. (2008), «L'ordinamento della integrazione socio-sanitaria», in *www.officinegiuridiche.it*, Officine Giuridiche.
- FRAU G., GUMIRATO G., SORO G.M., VIDOTTO F. (2008), «La "presa in carico" della persona nel punto unico di accesso: il modello di governance sociosanitaria della Asl di Cagliari», *Mecosan*, 67, pp. 85-103.
- GODONI L. (2006), «Integrazione sociosanitaria: come, quando e perché», *Sanità Pubblica e Privata*, 2, pp. 51-56.
- GUAITA A. (2008), «Educazione alla salute nel corso di malattie croniche», in Aa.Vv., *Rapporto Sanità 2008 - L'educazione alla salute*, il Mulino, Bologna.
- MACIOCCO G. (2008), *Politica, salute e sistemi sanitari - Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il pensiero scientifico Editore, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), «Documento sul Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali», Manuale utente cruscotto delle prestazioni ospedaliere.
- MONTANELLI R., TURRINI A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Egea, Milano.

Appendice 1. I sistemi Informativi socio-sanitari regionali

1.1. L'orientamento sul Sistema informativo socio-sanitario in altre Regioni

Nel contesto nazionale le Regioni hanno specificato e formalizzato le loro strategie sui sistemi informativi. Di seguito ne vengono sintetizzati gli aspetti significativi attraverso gli orientamenti e le scelte delle Regioni Lombardia (**box 1**), Veneto (**box 2**) e Toscana (**box 3**).

Box 1

La Regione Lombardia

Il Siss (Sistema informativo socio-sanitario) è stato concepito per porre al centro del sistema sanitario regionale il cittadino, e può essere definito come l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, ospedali, Regione Lombardia, ecc.) che concorrono all'erogazione dei servizi socio-sanitari all'interno della Regione Lombardia.

Il Siss oggi è costituito da una serie di sistemi informatici che stanno gradatamente evolvendo secondo una precisa strategia informatica in chiave *e-health*, ovvero dell'impiego sempre più diffuso e pervasivo delle tecnologie info-telematiche (ICT) per l'innovazione dell'organizzazione.

Il Siss è quindi uno strumento di integrazione che si pone come raccordo di tutte le informazioni e le prestazioni socio-sanitarie e che fornisce nuove modalità di dialogo tra gli operatori stessi e gli utenti finali. Elemento fondante di tale strategia è la piattaforma CRS-Siss che la Regione Lombardia ha realizzato, su cui sviluppa da diversi anni i nuovi servizi sanitari e ha già «migrato»/integrato diverse delle componenti preesistenti. Al Sistema si accede attraverso due carte dotate di microprocessore:

- *la Carta regionale dei servizi*: con la CRS il cittadino porta sempre con sé la chiave di accesso a tutte le informazioni sanitarie e amministrative che lo riguardano e può autorizzare gli operatori abilitati ad accedervi in ogni momento;
- *la Carta Siss per gli operatori socio-sanitari*: con la Carta Siss l'operatore socio-sanitario abilitato può «entrare» nel Sistema tramite delle postazioni informatiche e accedere in qualsiasi momento ai dati sanitari presenti per ogni cittadino.

Il Sistema informativo socio-sanitario (Siss), in base a quello che prevede la strategia contenuta nel Pssr 2010-2014, sarà implementato per:

- realizzare la completa integrazione degli enti socio-sanitari (anagrafi, prescrizioni e pubblicazioni referti) garantendo la formazione continua degli operatori sulle evoluzioni delle funzionalità del Siss;
- sviluppare il Fascicolo sanitario elettronico per rafforzare la centralità del paziente (completezza dei referti nel Fse e dei dati di sintesi clinica del cittadino, sviluppo della componente sociale nel Fse) e valorizzare il Fse quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra Ao e Mmg, evoluzione dei sistemi delle reti di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza/urgenza, sviluppo tele-medicina e tele-soccorso);
- dematerializzare i documenti sanitari e ampliare e perfezionare il servizio di prenotazione nei suoi diversi canali (Cup regionale, internet, farmacie, medici di medicina generale); sarà data dunque la possibilità di consultare, attraverso questi canali, le agende di tutte le strutture collegate con il Siss;
- garantire l'evoluzione dei sistemi informativi della sanità lombarda attraverso il coordinamento delle aziende sanitarie nello sviluppo di tutti i loro sistemi informativi, la riorganizzazione dei flussi informativi e il loro monitoraggio con lo sviluppo di adeguati strumenti di supporto e l'introduzione di nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Box 2

La Regione Veneto

La Regione del Veneto ha da tempo attivato interventi sul sistema informativo finalizzati a sviluppare una sempre più stretta collaborazione tra aziende sanitarie e Regione, tramite la cooperazione applicativa, ovvero la condivisione di regole e di standard, che consentano ai diversi sistemi informativi eterogenei di dialogare tra loro e di scambiarsi servizi ed informazioni mediante protocolli standardizzati. Tutto questo per favorire l'integrazione tra le strutture erogatrici di prestazioni e servizi, soprattutto in ottica di area vasta, nonché consentire l'attivazione e gestione dei flussi informativi necessari a monitorare e governare l'andamento del Sistema socio-sanitario regionale. Il miglioramento del Sistema informativo socio-sanitario regionale è orientato a perseguire due obiettivi fondamentali:

- a) attuare un efficace coordinamento delle attività di investimento in ICT (*Information and Communication Technology*) delle aziende sanitarie per agevolare la standardizzazione dei processi di erogazione dei servizi/prestazioni anche in un'ottica di area vasta;
- b) concorrere e contribuire al piano di *e-government* e alle iniziative nazionali ed europee per la sanità elettronica (*eHealth*) sviluppando soluzioni compatibili per la garanzia della interoperabilità tra sistemi informativi nazionali e transazionali.

Questi obiettivi vengono esplicitati nelle seguenti aree di intervento e di sviluppo:

- *Fascicolo sanitario personale*: che può essere definito come una infrastruttura progettata al fine di rendere possibile, in un dominio territoriale esteso (regionale o nazionale), l'accesso da parte del personale sanitario autorizzato alle informazioni (referti, lettere di dimissione, ecc.) costituenti la storia clinica dei pazienti/cittadini, ovunque queste siano state prodotte. Il fascicolo fa parte di un sistema di *registry* finalizzato alla navigazione all'interno dell'intranet aziendale e alla ricerca della documentazione su base regionale. Al sistema di *registry* accedono tutti i sistemi della rete per la risoluzione degli indirizzi di tipo applicativo. Il sistema si autoaggiorna grazie a un circuito di eventi automatizzati relativi alle variazioni che intervengono sui sistemi periferici. Il sistema è così orizzontale a tutte le applicazioni e costituisce la base fondamentale per la costruzione e gestione della cartella clinica aziendale. Il fascicolo è univoco all'interno dell'Azienda, non contiene dati analitici ma informazioni di navigazione nei sistemi aziendali. Può essere paragonato a un *folder* contenente varie tipologie di schede bianche con solo i dati essenziali all'identificazione del documento e l'indirizzo dove reperire i dati di dettaglio. Il fascicolo può interagire con l'esterno nel caso di dati distribuiti su più aziende.
- *Interoperabilità delle anagrafi sanitarie*: gestione condivisa delle anagrafi sanitarie (iscrizioni per residenza, iscrizioni per scelta del medico, trasferimenti, cancellazioni, ecc.) mediante integrazione dei sistemi anagrafici delle aziende sanitarie e attivazione di servizi di cooperazione con le Anagrafi comunali.
- *Strumenti di cartella clinica dei Medici di medicina generale*: definizione di un'interfaccia standard per l'integrazione dei sistemi di cartella clinica dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta con i sistemi informativi delle aziende sanitarie, per la gestione dei servizi di aggiornamento anagrafe assistiti, distribuzione referti, gestione prescrizioni, prenotazione prestazioni, ecc.

Gli interventi definiti in tali aree si concretizzano nella sperimentazione e realizzazione di applicativi per la gestione dei dati socio-sanitari e per la loro trasferibilità sicura. Ora, se le strutture regionali hanno svolto in questi anni un fondamentale lavoro indirizzato alla cooperazione applicativa, partecipando anche ai tavoli nazionali istituiti sulla materia, le aziende sanitarie hanno assunto da tempo un'ottica propositiva che ha dato dei risultati riconosciuti in tutti gli ambiti istituzionali nazionali. Da questo punto di vista, i processi di collaborazione e condivisione vedono il loro fulcro nelle capacità di promozione e sviluppo aziendali. Tutte le Aziende Ulss del Veneto sono oggi attive in queste fondamentali attività per la sanità attuale e futura.

Box 3
La Regione Toscana

Il sistema informativo regionale toscano può essere rappresentato come una rete di comunicazioni multilaterali tra gli attori del servizio sanitario a supporto della rete dei servizi.

Il sistema nel suo complesso coinvolge tutti i soggetti del Servizio sanitario regionale, e in particolare le Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, con l'obiettivo di mettere il cittadino al centro del sistema e di fornirgli la piena disponibilità delle informazioni prodotte dal Servizio sanitario della Toscana (SST).

Il Fse è costituito da un indice che lega ogni cittadino a tutte le prestazioni che lo riguardano e garantisce la visibilità delle stesse. Questo sottosistema si trova nel dominio della Regione. I dati personali sono fisicamente divisi dai dati prestazionali; la loro ricomposizione avviene, all'accesso del cittadino alle informazioni, mediante l'indice che lega l'identificativo univoco dell'assistito agli identificativi delle prestazioni a lui erogate; le prestazioni sono memorizzate nei *database* prestazionali, ognuno dei quali ricade nel dominio della Azienda che le ha erogate.

I contenuti del Fse sono gestiti con elevati livelli di qualità per ottemperare alla finalità di cura per cui sono raccolti e trattati. Le informazioni, che devono essere inviate dai soggetti che li generano non appena si rendono disponibili, possono essere suddivisi in due gruppi in base alla loro criticità:

- Anagrafici: dati anagrafici del cittadino, del Mmg e delle aziende sanitarie;
- Sanitari: i dati con finalità di cura derivanti da prestazioni sanitarie o da atti medici.

Lo sforzo della Regione Toscana negli anni scorsi, con l'avvenuta realizzazione della prima fase del sistema di cooperazione applicativa in sanità, ha consentito di riunificare i settori delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi aziendali che da una parte consente alla Toscana di avere una infrastruttura tecnologica e una struttura di comunicazione di rilievo nazionale ma dall'altra ha messo in evidenza una spiccata tendenza a considerare i due settori come componenti accessorie del sistema sociosanitario regionale e non come elemento di strategico per il suo sviluppo.

La sfida per il prossimo triennio è quella di iniziare un profondo processo di trasformazione a livello dei sistemi informativi aziendali per consentire una effettiva integrazione delle informazioni socio sanitarie sul territorio regionale. A livello aziendale permangono però livelli di realizzazione disomogenei, parziali e in linea massima non adeguati rispetto alle reali necessità del sistema.

Corentemente con le linee strategiche del Piano regionale di sviluppo le linee di intervento nell'area IT sono sinteticamente riepilogate nei seguenti punti:

- qualificazione dei flussi informativi regionali non solo come supporto agli strumenti di conoscenza per le funzioni proprie del livello regionale, ma per potenziarne il ruolo nel sistema (processi comunicativi e di supporto alle decisioni ai diversi livelli istituzionali);
- definizione di standard funzionali per le diverse procedure gestionali aziendali tanto a livello di contenuti informativi acquisibili quanto a livello di interfaccia di comunicazione in modo da realizzare un sistema di relazioni operative ed informative tra i soggetti coinvolti nei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- definizione di standard di comune gestione dell'informazione e delle ICT tra tutti i soggetti del Ssr, in modo da consentire (come fruitori dell'informazione) una condivisione finalizzata di dati generali e specifici e (come fornitori di informazioni) un accesso omogeneo al sistema informativo regionale e ad altri sistemi informativi regionali e nazionali per ambiti interaziendali, soprattutto nell'ottica del coordinamento di area vasta;
- sviluppo della integrabilità e fruibilità del patrimonio informativo ovunque localizzato nel sistema con particolare riferimento a quello presente a livello regionale;
- sviluppo del sistema strutturato di acquisizione digitale delle informazioni sanitarie e sociali per la costruzione di sistemi digitali di informazioni sanitarie e sociali individuali (EHR; EPR), confermando il sistema Carpe (Progetto Mir - Medici in rete).

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**.

Il report del capitale intellettuale in sanità: specificità, lezioni apprese, prospettive di ricerca

GIOVANNI BRONZETTI, GRAZIELLA SICOLI, STEFANIA VELTRI

The article analyzes the concept of Intellectual Capital (IC) in the light of the health sector environment, by studying a case of a major health research organization that draft an IC report (ICR). Lately health care organizations have been the object of great attention in terms of implementation and transfer of managerial models and tools, but there is still a lack of attention to the strategic management of IC as a fundamental resource for supporting and enhancing the performance improvement dynamics. The main aim of the article is to examine the IC reporting model used in an outstanding health organization, the Swedish Centre of Molecular Medicine (CMM), in order to underline the lessons learned by analyzing its IC report.

Keywords: intellectual capital report, health sector, case study

Parole chiave: report del capitale intellettuale, settore sanitario, studio di caso

Note sugli autori

Dipartimento di Scienze Aziendali, Università della Calabria

Giovanni Bronzetti è professore associato di Economia Aziendale, Graziella Sicoli e Stefania Veltri sono ricercatori di Economia Aziendale

Attribuzione

Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro unitario, i §§ 1, 4 e 5 sono da attribuire a G. Bronzetti, i §§ 6, 7 e 8 a G. Sicoli e i §§ 2, 3, 9 e 10 a Stefania Veltri

1. Considerazioni introduttive

La finalità principale di ogni azienda è quella di creare valore. In un'economia della conoscenza quale quella attuale, il Capitale Intellettuale (CI) è da considerare il principale *driver* del valore, come evidenziano alcune recenti ricerche empiriche (Lev, 2001; Kaplan, Norton, 2004). La definizione di CI cui facciamo riferimento nello scritto, che tiene conto delle caratteristiche salienti delle definizioni più diffuse in dottrina, identifica il CI come il sistema dinamico delle risorse intangibili a disposizione dell'azienda (e delle attività intangibili messe in atto per svilupparle), la cui efficace gestione può garantire all'azienda, unitamente alla gestione del capitale fisico, un vantaggio competitivo sostenibile alla base della creazione del valore aziendale (Veltri, 2007a).

Tale considerazione è ovviamente valida per tutte le tipologie di organizzazioni, ivi comprese quelle operanti nel settore pubblico e *non profit* (Mouritsen *et al.*, 2004; Wang, 2005; Kong, Kong, Prior, 2008). La rilevanza delle risorse intangibili nelle dinamiche di creazione del valore rende cruciale l'esigenza di misurare il Capitale Intellettuale ai fini di una sua gestione, oltre che per una rendicontazione esterna nei confronti dei diversi *stakeholder* dell'organizzazione.¹

Sebbene la letteratura internazionale proponga numerosi modelli di valutazione dell'IC applicabili a contesti *for-profit*, pochissime esperienze sono riscontrabili in ambito sanitario. Alcuni studi in ambito *for-profit* mostrano come lo sviluppo del capitale intellettuale contribuisca a migliorare le prestazioni di un'organizzazione (Bontis, 1998;

SOMMARIO

1. Considerazioni introduttive
2. Il capitale intellettuale e i suoi metodi di misurazione
3. Il modello avanzato dell'Austrian Research Centre
4. Il capitale intellettuale nel settore sanitario: motivazioni allo studio
5. Il capitale intellettuale nel settore sanitario: declinazione del concetto
6. Il caso del Centro di medicina molecolare: il contesto di riferimento
7. Il Centro di medicina molecolare
8. La rendicontazione del capitale intellettuale
9. Il *report* del capitale intellettuale: lezioni apprese
10. Considerazioni conclusive

Chen *et al.* 2005), tuttavia nessuno studio affronta tale problematica in ambito sanitario.

Si ritiene che lo sviluppo di modelli di valutazione dell'IC con specifico riferimento alle aziende sanitarie risulti di particolare importanza, in quanto tali aziende si distinguono come realtà organizzative a elevata complessità gestionale, spesso di grandi dimensioni, nelle quali la professionalità, il *know-how* e le capacità relazionali rappresentano un elemento determinante per il raggiungimento di elevate prestazioni. Il valore generato dalle aziende sanitarie non riesce a essere pienamente espresso mediante i tradizionali sistemi di misurazione e valutazione di tipo economico-finanziario, ma richiede modelli di misurazione innovativi in grado di presentare anche elementi qualitativi che colgano gli aspetti caratteristici di un'azienda, quali ad esempio la capacità di relazionarsi con l'esterno, di stimolare la diffusione di competenze e conoscenze interne, di promuovere e sostenere lo sviluppo delle innovazioni tecnologiche.

Lo scopo principale del contributo è quello di focalizzarsi sulla descrizione e l'analisi argomentativa dei sistemi di *reporting* del CI nel settore sanitario, attraverso l'analisi del *report* del CI di un ente di ricerca considerato uno degli esempi di eccellenza nella rendicontazione del CI: il Centro di medicina molecolare (CMM). Il CMM, istituito nel 1997 per sviluppare la ricerca in campo sanitario, è situato nel *campus* di medicina del Karolinska University Hospital (KUH) a Solna, Stoccolma e si caratterizza come una delle istituzioni di ricerca svedesi di maggiore successo, specializzata nella ricerca biomedica delle malattie comuni croniche quali il diabete, malattie cardiovascolari, malattie reumatiche, malattie psichiatriche e tumori.

Il lavoro di ricerca è stato realizzato con una metodologia basata sull'analisi della letteratura e sull'analisi empirica. Il processo di ricerca si può definire di tipo deduttivo-induttivo-deduttivo. A una prima fase basata sull'analisi della letteratura, ai fini dell'individuazione dei modelli teorici, ha fatto seguito una fase di studio di un caso empirico noto per essere una *best practice* nell'implementazione del modello teorico di riferimento. L'analisi del caso studio (Yin, 1994) ha consentito di evidenziare criticità e punti di forza validi in linea generale per il modello

teorico analizzato. In dettaglio, l'analisi della letteratura nazionale e internazionale ha consentito di individuare lo stato dell'arte sulle esperienze e le proposte di misurazione e rendicontazione del CI e ci ha portato a privilegiare un modello *process-oriented* di rendicontazione dello stesso. Data l'assenza di riferimenti teorici e di evidenze empiriche sullo sviluppo di modelli di misurazione e valutazione dell'IC nelle aziende sanitarie, la seconda fase dello studio si è avvalsa della tecnica del *case study* su una organizzazione di ricerca nel campo sanitario, annoverata tra le *best practices* nella rendicontazione del CI. Infine, la fase finale del progetto di ricerca è consistita nell'estrapolare dal caso studio le specificità delle aziende sanitarie in tema di CI e le lezioni apprese dal modello analizzato e nell'individuare le prospettive di ricerca future in tale campo.

2. Il capitale intellettuale e i suoi metodi di misurazione

Nell'ultimo decennio la complessità, la turbolenza e il dinamismo dello scenario economico-produttivo, politico-istituzionale e socio-culturale hanno evidenziato che la competitività delle imprese, dei sistemi di azienda e, più in generale, di qualunque sistema organizzativo, non si fonda solo sui tradizionali beni tangibili e sui capitali finanziari, ma che grande rilevanza è giocata dalle risorse cognitive e intangibili, in grado di garantire differenziali competitivi sostenibili e duraturi alle organizzazioni (Itami, 1987; Teece, 2000).

Differenti prospettive di ricerca, quali la *Resource-Based View* (Barney, 1991; Wernerfelt, 1984), la *Competence-Based View* (Prahalad, Hamel, 1990) e la *Knowledge-Based View* (Grant, 1996), nel tempo, hanno introdotto nella letteratura economico-manageriale impostazioni teoriche, modelli interpretativi, approcci e strumenti volti a esaminare, direttamente o indirettamente, l'accresciuta importanza delle risorse cognitive per il miglioramento delle prestazioni delle organizzazioni. In tal senso, sulla base di tali contributi, e nel tentativo di portare a sintesi la valenza esplicativa spesso dispersa delle differenti elaborazioni teoriche sulle risorse cognitive, nell'ultimo decennio si è introdotto e sviluppato il concetto di capitale

intellettuale quale nuova categoria interpretativa delle risorse cognitive, analizzandone in maniera crescente il ruolo e la rilevanza per lo sviluppo competitivo delle organizzazioni (Hall, 1992; Marr, Schiuma, 2001).

La definizione e la classificazione del CI è ancora una questione aperta (Zambon, 2004). Il tema riguardante lo studio del CI ha avuto un forte sviluppo nella seconda metà degli anni '90, periodo in cui si sono registrate numerose definizioni di CI sia da parte di accademici che da parte di uomini di azienda che operavano nel settore degli intangibili (Tan *et al.*, 2008); altre definizioni derivano da importanti studi nazionali e internazionali focalizzati su tale tema (IFAC, 1998; OECD, 1999; Dati, 2000; DMSTI, 2003; Meritum, 2002, HLEG, 2003).

In linea generale, tutti i principali attori nel settore del CI condividono l'idea che il capitale intellettuale possa essere diviso in tre categorie: capitale strutturale, capitale umano e capitale relazionale (Bontis, 1998; Meritum, 2002). Tale concettualizzazione del CI, cui si farà riferimento nello scritto, è stata ampiamente utilizzata nelle ricerche empiriche, in quanto consente di assegnare un valore e identificare il contributo delle diverse categorie del CI alla performance d'azienda.

In breve, il *capitale umano* è costituito dalle conoscenze, dalle capacità, dalle competenze e dalle esperienze possedute dai lavoratori di una azienda; si tratta di un capitale che non è proprietà dell'azienda, per cui la stessa è chiamata a rafforzare il legame con i suoi dipendenti, al fine di «trattenere» il capitale umano in azienda e a individuare nuove modalità organizzative in grado di trasformare la conoscenza tacita in conoscenza strutturata. Il capitale *organizzativo* è costituito dalle conoscenze strutturate possedute dall'azienda e condivisibili (*database*, procedure ecc.). Il capitale *relazionale* è costituito dall'insieme delle relazioni tra l'azienda e i suoi *stakeholder* (Chiucchi, 2004).

L'esigenza di governare l'area di immaterialità aziendale ha evidenziato come i sistemi tradizionali di *reporting* e controllo direzionale, tesi a controllare la performance economica di breve periodo attraverso misure economico-monetarie e contabili, non siano adeguati, per le proprie regole di costruzione, a gestire le variabili intangibili (Caruso, Catalfo, 2002). Nelle aziende, in

misura crescente, al sistema di controllo direzionale è stato affiancato quello di controllo strategico, inteso sia come parte integrante del processo di pianificazione, in quanto verifica *ex post* della strategia, che come controllo dei fattori critici di successo in fase di implementazione della stessa, ossia durante lo svolgimento della gestione. In questo ambito sono stati quindi introdotti strumenti di misurazione integrata della performance, che hanno in comune l'utilizzo integrato di misure quantitativo-fisiche e qualitative accanto a quelle di tipo monetario e la ricerca di un bilanciamento tra breve e lungo periodo, tra efficienza ed efficacia (Chiucchi, 2004).

Nel paragrafo, si ritiene utile soffermarsi sulla *balanced scorecard* (Bsc) quale strumento esemplificativo della famiglia degli strumenti di misurazione integrata della performance in termini di ruolo che riveste nella misurazione degli intangibili, dal momento che l'utilizzo di sistemi di programmazione e controllo ispirati al modello della Bsc è diffuso, almeno formalmente, presso diverse aziende sanitarie in diversi Paesi, e tra questi in Italia.²

La BSC è uno strumento di misurazione bilanciata della performance che ha il merito di avere posto particolare attenzione alle risorse immateriali. La struttura formale di analisi della BSC, costituita dalle quattro prospettive (di analisi economico-finanziaria, del cliente, interna e di apprendimento e crescita) è rimasta invariata nel tempo, mentre cambiamenti sostanziali sono da rinvenire nelle funzioni a essa attribuite, da sistema di misurazione della performance aziendale (Kaplan, Norton, 1992) a sistema di management strategico (Kaplan, Norton, 1996, 2000, 2001), a sistema di gestione degli intangibili (Kaplan, Norton, 2004). In merito all'utilizzo del modello della BSC per la misurazione degli intangibili, va rilevato che non esiste una definizione esplicita di CI alla base del modello, per cui i teorici successivi hanno fatto coincidere il concetto degli autori di CI con le tre aree non finanziarie della BSC, e in particolare con l'area dell'apprendimento e della crescita, nell'ambito della quale possono essere misurate variabili quali la soddisfazione degli impiegati, il tasso di permanenza degli impiegati nell'azienda, le capacità dei sistemi informativi; anche la prospettiva dei clienti e la prospettiva dei processi consen-

tono la misurazione di variabili intangibili quali la soddisfazione dei consumatori, l'immagine aziendale e i fattori correlati ai processi innovativi. Nel 2004, gli stessi autori forniscono una propria definizione di CI, da individuare nella prospettiva dell'apprendimento e della crescita. Nel loro testo, Kaplan e Norton (2004) definiscono la prospettiva dell'apprendimento e della crescita composta dalle seguenti categorie di intangibili: capitale umano (abilità degli impiegati, talento e conoscenza), capitale legato all'informazione (*database*, sistemi informativi, reti e infrastrutture tecnologiche), capitale organizzativo (cultura, *leadership*, allineamento degli impiegati, lavoro di squadra e gestione della conoscenza). Tale ripartizione per la verità ha lasciato perplessi non pochi studiosi del CI, in quanto non tiene conto della ripartizione classica in capitale umano, strutturale e relazionale sulla quale, in tempi recenti, c'è stata una generale convergenza (Marr, Adams, 2004).

Sull'utilità del modello della BSC nel misurare gli aspetti intangibili, principali *driver* di valore, in dottrina esistono posizioni divergenti. La considerazione che il modello ha nella strategia il suo punto d'origine e la capacità del modello di sistematizzare le relazioni di causa-effetto tra alcune misure di *output* e alcuni *driver* di performance, in modo da offrire al management uno strumento per la rilevazione e il controllo di alcuni aspetti intangibili, ha indotto alcuni autori a suggerire l'idea che la BSC debba essere uno strumento fondamentale per la rappresentazione del capitale intellettuale (Bontis *et al.*, 1999; Petty, Guthrie, 2000); Il modello è inoltre inserito nelle rassegne di modelli che misurano gli intangibili (Sveiby, 2001; HLEG, 2003). D'altra parte, diversi sono i limiti dello strumento BSC nella misurazione degli intangibili: nella BSC è presente la prospettiva dei consumatori ma mancano le relazioni con gli altri *stakeholder* rilevanti, quali la comunità locale, i partner commerciali ecc. (Bontis *et al.*, 1999). La BSC appare inoltre scarsamente focalizzata sulle risorse umane, di cui viene considerata solo la prospettiva di apprendimento; una delle prospettive centrali dei modelli di misurazione del CI viene pertanto sottostimata nella BSC. Rispetto al modello del CI, la BSC non considera rilevanti allo stesso modo le diverse categorie di CI, ma

individua specifiche forme di CI come punto di partenza della creazione del valore, come visualizzato nelle mappe strategiche (Leitner, Warden, 2004). Si consideri, inoltre, che le fondamenta teoriche del modello della BSC risiedono in una visione tipica dell'era industriale, in cui le risorse umane sono ancora considerate come un costo anziché come un *asset* vero e proprio, e che il modello nasce in una logica economico-finanziaria e non in una di *knowledge management*. Tali elementi hanno portato alcuni autori a mettere in discussione l'utilizzo di tale modello per la valutazione degli intangibili (Bukh *et al.*, 2002; Mouritsen *et al.*, 2005). Tuttavia, pur condividendo le critiche effettuate al modello, si ritiene che la BSC si collochi in posizione strumentale rispetto al modello del capitale intellettuale, in quanto in grado di rispondere a determinate esigenze che il modello del capitale intellettuale non può soddisfare e, nella realtà, non mancano aziende che utilizzano entrambi gli strumenti per la gestione degli intangibili (Bukh *et al.*, 2002; Veltri, 2005).³

In conclusione, la BSC si caratterizza quale strumento di estrema sintesi della performance aziendale; questo, che è uno dei punti di forza del modello, costituisce tuttavia un limite nella misurazione degli intangibili, in quanto gli intangibili vengono presi in considerazione solo limitatamente agli aspetti ritenuti critici ai fini strategici. Appare pertanto necessario sviluppare sistemi di misurazione *ad hoc* per gli intangibili, centrati esclusivamente sul loro monitoraggio, che tengano conto delle loro caratteristiche sotto il profilo economico.⁴

In merito alle relazioni che devono esistere tra i sistemi di *report* del CI e gli altri strumenti di controllo presenti in azienda, chi scrive, al pari di altri autori (Zambon, 2003; Chiucchi, 2004), è del parere che tali sistemi debbano essere inseriti all'interno di un sistema integrato di gestione della performance, che evidenzii la performance intellettuale e quella economica e i legami tra le due tipologie di performance.

In linea generale, i metodi per la misurazione e rendicontazione del CI possono essere classificati in metodi che si focalizzano su una misurazione di tipo numerico e/o monetario e metodi integrati, che cercano nuove logiche di stima, basate sull'uso congiunto di

misure monetarie e indicatori fisico-tecnici (Sveiby, 2001). È su tali metodi, noti anche come metodi *scorecard* che si focalizza il presente contributo, in quanto esplicitamente sviluppati per gestire e rendicontare il CI piuttosto che per misurarlo. L'*output* dei sistemi *scorecard* è costituito dai *report* del CI, documenti con il compito di rendicontare gli intangibili aziendali (Veltri, 2007b). È importante sottolineare che i modelli *scorecard* hanno avuto un'evoluzione, passando da modelli di prima generazione (o pionieristici) quali ad esempio l'*Intangible Asset Monitor* di Sveiby (1997) e lo *Skandia Navigator* di Edvinsson e Malone (1997), a modelli di seconda generazione (o avanzati), di cui sono un esempio le linee guida per la redazione del *report* del CI proposti dal governo danese (DATI, 2000; DMSTI, 2003), il modello di gestione e *reporting* del CI proposto dalla Commissione europea nell'ambito del progetto di ricerca Meritum (2002) e il modello elaborato dall'*Austrian Research Center* (Chiucchi, 2004; Veltri, 2007a).

Nei modelli di prima generazione, il CI è visto come un aggregato di risorse intangibili e l'attenzione è focalizzata sulla definizione del contenuto delle categorie nelle quali può essere idealmente scomposto. Sotto questo profilo, si evidenzia una visione statica del CI, visualizzato come composto da tre categorie. Il presupposto su cui si fondano i modelli è la misurazione del valore e lo scopo principale è quello di spiegare le cause del differenziale tra valore contabile e valore di mercato, imputato per la massima parte al CI. Gli indicatori sono focalizzati sulle risorse intangibili. Nei modelli di seconda generazione, che recepiscono la nozione evoluta di CI come sistema dinamico di risorse intangibili basate sulla conoscenza, l'attenzione

si sposta sulle interazioni tra gli elementi del CI, alla base della creazione del valore aziendale e sulle attività necessarie per produrre, mantenere e sviluppare le risorse intangibili. L'accento sulle interazioni mette in evidenza l'aspetto dinamico proprio dei modelli avanzati di misurazione. Il presupposto su cui si fondano tali modelli è la gestione della conoscenza, lo scopo principale è identificare i percorsi di creazione del valore che fanno leva sulla conoscenza. Gli indicatori del capitale intellettuale, correlati alla strategia di conoscenza dell'azienda (*knowledge strategy*) sono basati sia sulle risorse che sulle attività intangibili. La **tabella 1** sintetizza le principali differenze tra modelli *scorecard* di prima e seconda generazione.

3. Il modello avanzato dell'*Austrian Research Centre*

Nella realtà, i modelli pionieristici di misurazione e rendicontazione del CI coesistono con quelli avanzati, tuttavia si ritiene che solo questi ultimi diano un vero e proprio valore aggiunto al management delle organizzazioni, in quanto essi tengono in considerazione le caratteristiche salienti del CI, quali la dinamicità e la *firm-specificity* (Ricciardi, 2007), recepiscono la nozione evoluta di CI quale sistema di risorse e attività, fanno derivare gli indicatori di CI dalla strategia e, soprattutto, sono focalizzati sulla gestione degli intangibili. Lo scopo dei modelli avanzati non è più quello di misurare il CI, proprio dei modelli pionieristici, ma diventa quello di evidenziare il contributo che gli intangibili, interagendo tra di loro e con le risorse tangibili, offrono alla creazione di valore aziendale. Nell'ambito dei modelli di seconda generazione, riteniamo interessante soffermarci

	Modelli pionieristici	Modelli avanzati
Nozione di CI	CI come somma di risorse intangibili	CI come sistema di risorse e attività intangibili
Focus	Contenuto delle categorie di CI	Interazioni tra le categorie di CI
Vision del CI	Statica	Dinamica
Assunzione	Misurare il valore del CI	Gestire la conoscenza
Scopo	Spiegare le cause del differenziale tra valore contabile e di mercato	Identificare i percorsi di creazione del valore aziendale che fanno leva sulla conoscenza
Indicatori	Basati sulle risorse intangibili	Basati sulle risorse e sulle attività intangibili e originate dalla strategia di conoscenza

Tabella 1

L'evoluzione dei sistemi *scorecard* di misurazione del capitale intellettuale
Fonte: nostra elaborazione

sul modello proposto dall'Austrian Research Centre (ARC) che, in aggiunta rispetto ai modelli proposti dalle linee-guida danesi ed europee, visualizza il CI non come *output* bensì come l'*input* del processo di produzione della conoscenza. Tale modello nasce per la rendicontazione del CI nelle organizzazioni di ricerca e ha trovato ampia diffusione nella tematica della misurazione del CI nelle università,⁵ nonché in organizzazioni che hanno un forte *focus* sulla produzione di conoscenza. Si ritiene che tale modello sarebbe adeguato anche per la rendicontazione del CI da parte delle organizzazioni sanitarie, che si caratterizzano quali realtà a elevata complessità gestionale e, generalmente, di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti costituiscono l'elemento caratterizzante. L'esempio che verrà illustrato e analizzato nel prosieguo del lavoro è centrato sul *report* del CI del Centro di medicina molecolare (CMM), organizzazione di ricerca *non profit* operante nel settore sanitario, che ha costruito in proprio modello *in-house* sulla base del modello ARC. Nel disegnare il modello, il *team* di progetto ARC ha tenuto conto non solo della letteratura sul CI, ma anche della letteratura sulla valutazione e sull'innovazione (Roessner, 2000), nella quale alcuni autori distinguono tra *input*, processi e *output* (Dodgson, Hinze, 2000).

La **figura 1** visualizza il processo di produzione della conoscenza di ARC e il ruolo giocato dal CI in tale processo.

Il processo parte con la definizione degli obiettivi di conoscenza specifici, che derivano dalla strategia aziendale. L'intero proces-

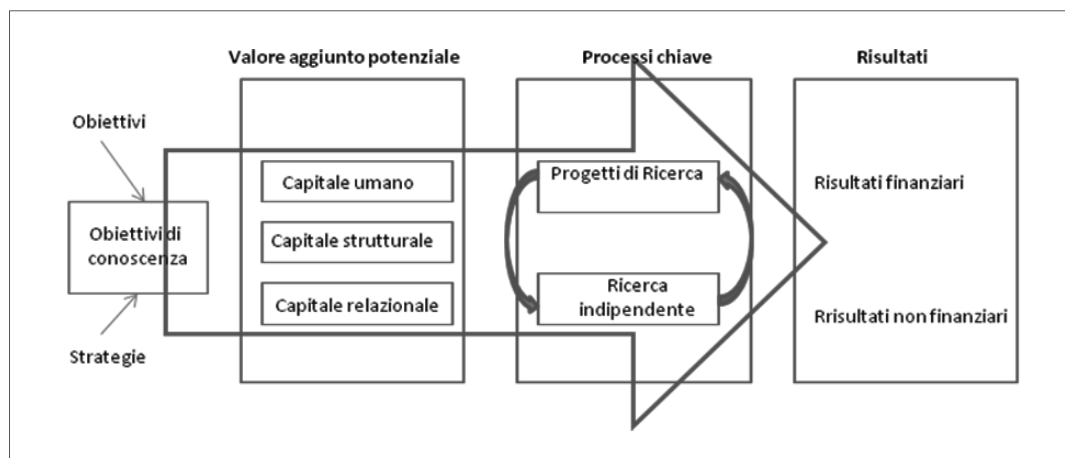
so di produzione della conoscenza è guidato dagli obiettivi, che definiscono il contesto di riferimento. *Input* del processo è il CI, che si scompone, validando la tripartizione accolta nel progetto Meritum (2002), in capitale umano, capitale strutturale e capitale relazionale. Il CI viene impiegato nei processi del Centro, tipicamente processi di ricerca, e origina risultati sia di tipo finanziario che di altro tipo. Tutte le aree nelle quali si scompone il processo possono essere misurate attraverso indicatori. Il modello ARC presenta pertanto due importanti pregi: 1) consente di tenere sotto controllo anche i processi e gli *output*; 2) correla *input*, processi e *output*, consentendo ai manager di spiegare agli investitori il legame esistente tra risorse (intangibili) e risultati. Il modello ARC, per il suo forte *focus* sul processo, si qualifica quale modello *process-oriented* (Leitner, Warden, 2004).

4. Il capitale intellettuale nel settore sanitario: motivazioni allo studio

Recentemente, la letteratura economico-manageriale va sempre più concentrando l'attenzione sul ruolo e sulla rilevanza del capitale intellettuale per il miglioramento delle prestazioni non soltanto dei sistemi organizzativi di azienda, ma anche di altri e più particolari sistemi organizzativi quali le organizzazioni di natura pubblica (Carmeli, Tishler, 2004). In questo ambito, particolarmente interessante risulta analizzare la rilevanza strategica delle risorse cognitive e intangibili e le interrelazioni di tali risorse nei

Figura 1

Il modello ARC di rendicontazione del CI
Fonte: nostra elaborazione dal report del CI ARC (1999)



processi di creazione del valore di specifici sistemi organizzativi pubblici quali le organizzazioni sanitarie. Tale tematica, nonostante l'indubbia importanza degli intangibili nel settore sanitario, ha riscontrato maggiore diffusione nelle aziende appartenenti al settore privato rispetto a quelle appartenenti al settore pubblico (Mouritsen *et al.*, 2004; Wall, 2005) e *non profit* (Kong, Prior, 2008; Bronzetti, Veltri, 2007).

In Italia, in misura maggiore a partire dagli anni '90, la crescente insoddisfazione manifestata nei confronti delle strutture sanitarie da parte di tutti gli *stakeholder*, per la qualità dei servizi offerti e i risultati raggiunti ha indotto il governo a emanare una serie di decreti (502/92 e 517/93, cui ha fatto seguito il decreto 229/99), aventi lo scopo esplicito di modificare il quadro di riferimento istituzionale delle organizzazioni sanitarie e i principi gestionali secondo i quali tali organizzazioni dovrebbero operare. Tali decreti hanno consentito di applicare, per la prima volta su scala globale, i principi economici dell'efficienza e dell'efficacia nonché il principio della responsabilità economica a tutti i livelli manageriali, e hanno reso obbligatori l'implementazione di una contabilità basata sulla competenza economica e i sistemi di controllo di gestione basati su dati contabili e finanziari. Sotto il profilo operativo, i cambiamenti introdotti dalle riforme hanno avuto un ovvio impatto sulle variabili oggetto di controllo da parte delle organizzazioni sanitarie, spostando il *focus* sui fattori economici e favorendo, nonostante un avvio lento della riforma, una elevata diffusione di sistemi di controllo basati sui dati contabili e finanziari (Donato, 2002; Persiani, 2008; Arduini, 2010; Campanale, Cinquini, 2010). L'utilità di una rappresentazione basata solo sulla dimensione contabile risulta utile solo parzialmente, in quanto ignora i fattori critici di successo per l'azienda che non rientrano nella dimensione finanziaria. Sulla base di tale considerazione, diverse aziende sanitarie locali e le Regioni hanno introdotto sistemi di misurazione della performance elaborati sulla base del modello *balanced scorecard* (BSC), che consentono di misurare anche variabili di natura non finanziaria (intangibile), ma non si sono poste il problema di implementare sistemi di misurazione *ad hoc* del CI, appositamente pensati per riflettere le

caratteristiche peculiari delle risorse intangibili.

Per quanto concerne l'analisi del capitale intellettuale applicata al settore sanitario, bisogna subito precisare che questo tipo di studi è praticamente inesistente. In letteratura è presente il lavoro di Habersam e Piber (2003) basato sull'analisi del CI, che utilizza due casi studio aventi ad oggetto due ospedali, uno italiano e l'altro austriaco, impiegando il *framework* teorico che vede il CI suddiviso in capitale umano, strutturale e relazionale. Dall'analisi emerge come lo sviluppo del CI derivi dalle relazioni che si creano tra queste tre aree. Per la realtà italiana vanno menzionati i lavori empirici di Donato (2002), Marino *et al.* (2006) e Baccarini *et al.* (2007), nonché quelli di alcuni ricercatori che hanno rivolto la loro attenzione alla sistematizzazione del *framework* teorico da utilizzare per lo studio del CI nel settore sanitario (Vagnoni, Castellini, 2005; Vagnoni, 2008), all'analisi di particolari aspetti del CI nel settore sanitario, quali la cultura e il clima organizzativo (Fiore, 2008), le relazioni con le altre aziende sanitarie (Lomi *et al.*, 2009), la formazione e le competenze degli impiegati nelle aziende sanitarie (Nutti, Brambini, 2005).

In merito alle ricerche empiriche, Donato (2002) ha svolto un'indagine su alcune aziende sanitarie selezionate in Toscana, al fine di valutare quali prospettive del CI sono considerate più significative dai manager, quali indicatori sono implementati nei sistemi di gestione e se tali indicatori sono rappresentativi di risorse intangibili. I risultati mostrano un elevato grado di consapevolezza dei manager sull'importanza del CI, ma anche una scarsa implementazione di indicatori del CI. Marino *et al.* (2005, 2006) svolgono una ricerca sul distretto di Modena in cui propongono un loro *framework* di valutazione e misurazione del CI. Baccarini *et al.* (2007) hanno portato avanti uno studio coinvolgendo cinque aziende sanitarie dell'Emilia Romagna (tre aziende sanitarie locali, un'azienda ospedaliero-universitaria e un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) con la finalità di arrivare a un *framework* condiviso con i dirigenti e i responsabili delle aziende di rappresentazione del CI.

In sintesi, le aziende sanitarie si caratterizzano quali realtà a elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, tali da

richiedere l'impiego di ingenti risorse e in cui le professionalità presenti costituiscono l'elemento caratterizzante. Il valore generato dalle aziende sanitarie non riesce a essere pienamente espresso mediante i tradizionali sistemi di misurazione e valutazione di tipo economico-finanziario, ma richiede modelli di misurazione innovativi in grado di presentare anche elementi qualitativi che colgano gli aspetti *caratteristici* di un'azienda, quali ad esempio la capacità di relazionarsi con l'esterno, di stimolare la diffusione di competenze e conoscenze interne, di promuovere e sostenere lo sviluppo delle innovazioni tecnologiche (Biocca *et al.*, 2008). Si tratta, in tutta evidenza, di elementi intangibili che trovano collocazione nelle tre categorie nelle quali è tradizionalmente suddiviso il CI, che saranno analizzate relativamente al settore sanitario nel paragrafo seguente.

5. Il capitale intellettuale nel settore sanitario: declinazione del concetto

Nell'ambito delle aziende sanitarie, il *capitale umano* riveste un ruolo centrale, dal momento che le aziende sanitarie sono aziende a elevata complessità in termini di competenze del personale. Il capitale umano fa riferimento alle risorse umane operanti nell'Azienda sanitaria (personale medico, infermieristico, tecnico, amministrativo ecc.) e concerne tutti gli elementi in grado di rappresentare il livello di formazione dei professionisti, le conoscenze, le competenze, le abilità, l'esperienza, ecc.

Il *capitale strutturale* è determinato dalla presenza di processi e strumenti gestionali quali possono essere quelli di pianificazione, programmazione e controllo, il sistema contabile, quello informatico, dalla presenza e dall'entità delle attività immateriali quali ad esempio brevetti, dall'attività di ricerca e dai suoi risultati, dalla presenza di tecnologia e/o dall'analisi della spinta alla innovazione tecnologica presente in azienda, dalla cultura aziendale e dal clima organizzativo.

Il *capitale relazionale* è costituito dall'insieme delle tipologie, delle modalità e del volume delle relazioni che l'Azienda sanitaria intrattiene con i diversi soggetti esterni a essa, quali fornitori, pazienti, popolazione - che possono favorire lo sviluppo di vantaggi competitivi ad esempio in termini di imma-

gine esterna e di reputazione. Tali soggetti esterni devono essere individuati anche in considerazione del ruolo istituzionale assegnato alle differenti tipologie di aziende sanitarie.

Una nuova consapevolezza sull'importanza del capitale intellettuale nel settore sanitario la possiamo desumere non solo dai recenti studi esistenti in dottrina rivolti alla definizione di un *framework* per la visualizzazione del CI (Vagnoni, Castellini, 2005; Vagnoni, 2008; Baccarini *et al.*, 2007; Marino *et al.*, 2006), ma anche dal Piano sanitario nazionale (Ministero della salute, 2003-2005). Il Psn 2003-2005, nel paragrafo intitolato «Potenziare i fattori di sviluppo (o «capitali») della sanità», sottolinea in modo esplicito come le organizzazioni complesse debbano usare tre forme di capitale: umano, sociale e fisico, elencati in ordine di importanza, che non vengono adeguatamente sviluppati nelle organizzazioni sanitarie. Nel Psn, il capitale umano è considerato il più critico, poiché nelle amministrazioni pubbliche non vi è una sufficiente attenzione alle motivazioni dei dipendenti, alla promozione delle professionalità e alla valorizzazione del personale. Il capitale sociale (relazionale) viene descritto nel documento come la rete di relazioni che deve essere intessuta con tutti gli *stakeholder* coinvolti nei settori dell'assistenza, del volontariato e del *non-profit*, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione e della ricerca. Il capitale fisico, costituito dall'edilizia ospedaliera e dalle attrezzature, deve essere valorizzato poiché anche da esso dipende la qualità dell'offerta sanitaria (Ministero della salute, 2003-2005, pp. 21-22). Il Psn, pur riconoscendo il ruolo rivestito dal CI come fattore di sviluppo della sanità e tra i progetti sui quali investire per favorire la strategia di cambiamento del settore, si limita a sottolineare la necessità di valorizzare le tre tipologie di CI, non adeguatamente potenziate, ma non rende esplicito il ruolo giocato dall'interazione delle tre categorie del CI alla creazione di valore, sottolineando invece la criticità di uno dei tre componenti del CI rispetto agli altri due, il capitale umano. La centralità delle interazioni tra le diverse componenti del CI ai fini della creazione del valore è riconosciuta, almeno in linea teorica, già nei modelli pionieristici di misurazione e rendicontazione del CI (Ed-

vinsson, Malone, 1997; Sveiby, 1997), diviene centrale nei modelli avanzati (Meritum, 2002; DATI, 2000; DMSTI, 2003). L'assunto vale ovviamente anche per la creazione di valore nell'ambito delle strutture sanitarie: il capitale umano è alla base della creazione del valore ma esprime solamente un potenziale; per creare valore le risorse umane devono creare relazioni e collegamenti basati sulla fiducia con gli *stakeholder* utilizzando la tecnologia e le strutture esistenti. Investimenti in formazione e valorizzazione delle risorse umane consentono di aumentare la produttività aziendale e la creatività nonché la motivazione e l'autostima del personale, e questo si riflette in utenti soddisfatti (Stovel, Bontis, 2002; Ministero della salute, 2003-2005). Non di meno il capitale umano e relazionale necessitano della componente organizzativa, intesa non solo come investimenti in tecnologia, ma anche come clima di lavoro, cultura, stile di *leadership* e gestione, per creare e sviluppare nel tempo un sistema basato sul valore (Edvinsson, 2002; Cabrita, Bontis, 2008).

6. Il caso del Centro di medicina molecolare: il contesto di riferimento

Nel corso delle ultime decadi, numerosi Paesi occidentali hanno avviato un processo di riforma che è intervenuto nel dibattito sulla necessità di una modernizzazione e di un recupero di efficienza del settore sanitario proponendo modifiche in termini di struttura di *governance*, modello organizzativo, sistema contabile, disegno dei processi interni, gestione delle risorse umane (Vagnoni, Castellini, 2005). La crescente richiesta da parte degli *stakeholder* per una maggiore qualità dei servizi e una responsabilizzazione per i risultati raggiunti hanno portato all'introduzione, fin dalla fine degli anni ottanta, di approcci di natura gestionale nell'ambito del settore sanitario da parte dei governi nella maggior parte dei Paesi europei. In quanto organizzazioni per la quasi totalità appartenente al settore pubblico, lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie è stato influenzato dal *New Public Management* (NPM), i cui fondamentali principi sono l'attenzione verso l'*output* e l'orientamento alla performance delle organizzazioni pubbliche che, a sua volta, richiede nuovi meccanismi di al-

locazione di *budget* e sistemi di gestione al fine di garantire il raggiungimento di determinati livelli di performance e una maggiore trasparenza nell'utilizzo dei fondi pubblici (Guthrie, 2005; Mussari, 1998; Borgonovi *et al.*, 2009; D'Alessio, 2008; Anselmi, 1995; Cepiku *et al.*, 2008; Hood, 1995). Il NPM e i sistemi di gestione della performance sono stati implementati con successo in molte aree del settore pubblico e anche nelle aziende sanitarie a livello globale, anche se alcune ricerche dimostrano come l'implementazione, nella maggior parte dei casi, sia stata solo formale (Abernethy, Vagnoni, 2004; Jackson, Lapsley, 2003; Lapsley, 1996).

L'organizzazione sanitaria selezionata, il Centro di medicina molecolare, opera in Svezia. Analizzando tale contesto sotto il profilo sanitario, va anzitutto sottolineato come i tre principi cardine del sistema sanitario svedese⁶ in base alla legge sui servizi sanitari e medici del 1982 identifichino un modello universalistico di tipo Beveridge, ossia un sistema che finanzia tramite la fiscalità generale l'assicurazione sanitaria nazionale (Valerio, Fabbrini, 2011). La legge del 1982, unitamente alla riforma DAGMAR del 1985, che ha spostato la responsabilità finanziaria della sanità primaria e secondaria dall'assicurazione nazionale alle 20 circoscrizioni provinciali (*Landsting*) e alla riforma AEDEL del 1992, configura un sistema sanitario decentrato sotto il profilo organizzativo e finanziato in massima parte da fondi pubblici. Il sistema sanitario è organizzato su tre livelli: il livello centrale che, attraverso il Ministero del Welfare e della salute, si occupa della programmazione, prevenzione e promozione della salute; il livello regionale, nel cui ambito i 20 *Landsting* erogano l'assistenza primaria, secondaria e terziaria; il livello locale, nel cui ambito i municipi si occupano dei servizi di comunità, servizi sociali e di assistenza domiciliare ad anziani e disabili (Valerio, Fabbrini, 2011). Il ruolo dei *Landsting* è centrale in tale struttura, tuttavia essi non riescono ad autofinanziarsi e ricevono trasferimenti da parte dello Stato. La spesa sanitaria è in maggioranza pubblica, con un valore pari all'81,9% della spesa sanitaria totale nel 2008 (OECD, 2010), tuttavia tale quota è andata diminuendo nel tempo, fino a mantenersi su tali livelli dal 2005, per l'aumentare di servizi ai cittadini

(quali cure dentarie e farmaci) ad alto tasso di *co-payment* tra Stato e datori di lavoro.

La Svezia si caratterizza come un Paese che investe fortemente nel sistema sanitario nazionale: la percentuale del Pil dedicata alla sanità è in linea con la media OECD e risulta la più alta tra i Paesi europei con sistemi di tipo Beveridge (Italia, UK, Spagna) e con una spesa assoluta pro-capite più alta sia della media OECD che di quella europea (OECD, 2010). Al pari degli altri Paesi europei, anche il settore sanitario in Svezia ha attraversato un periodo di cambiamento imposto a livello governativo per rispondere alle sfide di gestione causate da variabili quali la richiesta di maggiore trasparenza e *accountability* nell'utilizzo dei fondi pubblici da parte dei suoi *stakeholder*, l'ambiente sempre più competitivo, una maggiore autonomia nel gestire il proprio *business* e una crescente cooperazione tra le istituzioni. Tali cambiamenti hanno avuto ad oggetto in massima parte il miglioramento dell'efficienza economica (Lindkvist, 1996; Charpentier, Samuelson, 1996) e, negli ultimi tempi, il problema dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari, anche tramite l'introduzione di riforme i cui principi sono ispirati alla logica del libero mercato (Dahlgren, 2008).⁷

I risultati di tali investimenti sono evidenti: oggi la Svezia risulta tra i Paesi più ricchi in numero di ospedali d'eccellenza, centri di ricerca, personale medico e infermieristico qualificato che ha a propria disposizione tecnologie d'avanguardia in campo sanitario.

7. Il Centro di medicina molecolare

Il Centro di medicina molecolare è una fondazione di ricerca privata, nata nel 1997 con l'obiettivo di promuovere la salute e prevenire le malattie comuni utilizzando la ricerca molecolare. Il CMM opera in un contesto stimolante. La Svezia è considerata il più grande produttore di ricerca biomedica in relazione alla sua popolazione ed è nota per la facilità con la quale i progressi realizzati nella ricerca di base vengono trasferiti nella pratica ospedaliera, grazie all'esistenza di un settore biotecnologico che per dimensioni è il quarto più grande d'Europa.

Il CMM si configura come un'organizzazione unica, in cui la competenza dei ricer-

catori del Karolinska Institute (KI) si incontra con l'esperienza dei medici che operano presso il Karolinska University Hospital (KUH). Il KI e il KUH risultano essere le due più grandi istituzioni operanti nel settore sanitario in Svezia. Il Centro persegue un tipo di ricerca definita *translational*, che consiste nel focalizzare gli obiettivi scientifici sulle istanze di tipo clinico e sui problemi sperimentati dai pazienti. Tale ricerca può essere realizzata solo grazie alle sinergie che nascono dalla costante attività di *network* tra i 26 gruppi di ricerca nei quali il Centro è organizzato, che raccolgono 400 tra scienziati con esperienza in biologia molecolare, biologia cellulare, microbiologia genetica di base e immunologia, e i più qualificati dottori nelle quattro aree di ricerca nelle quali opera il Centro, uniti nell'obiettivo di individuare la migliore diagnosi e il miglior trattamento per malattie comuni quali diabete, malattie cardiovascolari, malattie reumatiche, malattie psichiatriche, tumori.⁸

Analizzando il Centro in termini di risorse, tecnologia e risultati prodotti, possiamo verificare come centrali siano le risorse umane, o meglio le competenze e le abilità espresse dalle stesse, determinanti nel definire l'eccellenza del Centro nella ricerca bio-molecolare. Il CMM risulta attrattivo nei confronti di ricercatori provenienti da tutto il mondo, e questo è da ascrivere a un insieme di ragioni: dalla possibilità di operare in un contesto stimolante quale quello svedese a quella di lavorare direttamente sui problemi sperimentati dai pazienti, dalla possibilità di disporre di strumentazioni tecnologiche all'avanguardia per la ricerca a quella di promuovere il proprio progetto di ricerca direttamente presso i finanziatori, mantenendo il diritto di proprietà sui risultati e sulle innovazioni prodotte in campo medico. Alle risorse umane il Centro dedica una particolare attenzione, investendo nella formazione, consapevole che, in un ambiente fortemente competitivo sotto il profilo finanziario, non è importante solo produrre ricerca originale, ma anche comunicare il progetto (tramite convegni, giornali pubblici, televisioni private e stampa nazionale) per attrarre nuovi finanziamenti e informare gli investitori e, in generale, gli *stakeholder* sui risultati dei progetti in corso. I ricer-

catori quindi, assunti non solo in base alla competenza scientifica ma anche alla motivazione, sono formati al fine di raggiungere quella che il Centro chiama «*leadership accademica*», che consente al ricercatore di sviluppare abilità nella comunicazione dei risultati, nella capacità di attrarre fondi, nella capacità di interazione nei *team* di ricerca, sulla base della considerazione che la ricerca nell'area della medicina molecolare diventa sempre più globale e *translational*, coinvolgendo ampi *team* di ricerca di differenti campi e livelli.

La tecnologia utilizzata nel Centro si caratterizza per essere una tecnologia all'avanguardia: i ricercatori studiano le malattie comuni una ricerca avanzata di tipo molecolare, che richiede l'utilizzo di apposite strumentazioni dall'elevato valore unitario. Il metodo utilizzato dal CMM per fare ricerca opera in modo tale che i problemi sperimentati dai pazienti arrivino dalla clinica al laboratorio e che i risultati dello studio in laboratorio siano rapidamente resi disponibili per il sistema sanitario. In tale metodo risiede il vantaggio competitivo del Centro, e il modello CMM non solo è sostenuto dal governo Svedese, che nel 2007 ha designato una *task force* avente ad oggetto la ricerca *translational*, ma lo stesso Centro sta sperimentando la possibilità di istituire un centro gemello con lo stesso *focus* di ricerca in Cina.

In merito ai risultati raggiunti, i ricercatori presenti nella struttura risultano competitivi a livello internazionale, in termini di numero di articoli pubblicati e premi vinti, di nuovi trattamenti diagnostici e brevetti depositati, di aziende di *spin-off* sorte a valle di progetti di ricerca e in termini di trasferimento della conoscenza.

La natura *non profit* del Centro e il *focus* della sua attività rendono, tuttavia, difficile misurare l'efficienza con la quale sono gestiti i finanziamenti ricevuti e l'efficacia sotto il profilo economico dei progetti di ricerca realizzati, nonché l'apporto giocato dalle competenze dei ricercatori, dalle infrastrutture e dalle reti di relazioni instaurate all'interno e all'esterno sulla performance economica del Centro. Per tale ragione il CMM ha ritenuto utile dotarsi di uno strumento di controllo strategico quale il bilancio del capitale intellettuale.

8. La rendicontazione del capitale intellettuale

Il Centro utilizza il bilancio del CI quale strumento di controllo strategico fin dal 2002, con una duplice finalità, interna ed esterna. Sotto il primo profilo, il management del CMM ritiene che l'efficace amministrazione del CI contribuisca al buon funzionamento e allo sviluppo dell'intera fondazione di ricerca e che l'attenzione sul processo di *report* favorisca l'apprendimento interno del processo di produzione di conoscenza; sotto il secondo profilo, il bilancio del CI si propone di esprimere e rendere noto agli *stakeholder*, e in particolare agli investitori e ai potenziali investitori, il valore dei beni intangibili presenti all'interno del CMM e il contributo che tali risorse offrono al processo di produzione del valore del Centro sia per rendicontare il rendimento dei finanziamenti raccolti da fonti pubbliche e private, sia per attrarre nuovi potenziali investitori (*fund raising*). A parere del management del CMM l'implementazione di un'attività di *reporting* focalizzata sul CI permette, più del bilancio tradizionale, di comunicare agli *stakeholder* il lavoro svolto e il tipo di ricerca medica condotta nonché i risultati raggiunti.

Il modello di riferimento che il CMM utilizza per l'elaborazione del bilancio del CI è diviso, validando la tripartizione del progetto Meritum, in capitale umano, capitale strutturale e capitale relazionale. Il capitale umano fa riferimento alle conoscenze, alle abilità e alle esperienze sia di tipo scientifico che di tipo medico presenti all'interno della struttura, oltre che alle abilità di *leadership* accademica e alle capacità di lavorare in gruppo sviluppate nell'ambito di programmi di formazione a cura del Centro. Il capitale strutturale si riferisce non solo alle strumentazioni di avanguardia utilizzata, ma anche alle procedure organizzative attuate dal CMM, in particolare alla procedura utilizzata dal Centro per attuare la ricerca molecolare (*translational research*), nota come modello CMM. Il capitale relazionale, infine, riguarda sia le relazioni interne (tra ricercatori e medici all'interno dei gruppi di ricerca, tra medici e pazienti, tra ricercatori e pazienti, tra ricercatori e l'insieme degli *stakeholder*, tra gruppi di ricerca per il trasferimento della conoscenza) che quelle esterne (tra il Centro

e le aziende di distribuzione, tra il Centro e altre istituzioni sanitarie, tra il Centro e altre istituzioni di ricerca ecc.). Le componenti del capitale intellettuale indicano il valore futuro e la capacità di generare risultati finanziari da parte del CMM sia nel breve che nel lungo periodo, attraverso le nuove scoperte scientifiche di volta in volta realizzate.

Il *report* del CI del Centro ha una importante funzione di comunicazione esterna nei confronti degli *stakeholder* e dei finanziatori attuali e futuri. Con tale finalità, nel *report* è presentato il Centro, la sua filosofia, focalizzata sulla cooperazione tra gruppi di ricerca come la strategia migliore per trattare le malattie comuni, i successi raggiunti nell'anno, le prospettive di espansione, il programma di *leadership* accademica portato avanti per sviluppare competenze di *leadership* nei suoi ricercatori, il CI e i suoi indicatori, i risultati raggiunti, alcuni progetti selezionati e un quadro d'insieme dei leader dei progetti di ricerca, unitamente all'oggetto della ricerca.

La sezione dedicata al capitale intellettuale si apre con la presentazione grafica del

modello di *report* del CI utilizzato dal CMM, ispirato al modello ARC (figura 2).

Dall'analisi dei *report* del CI del CMM si evidenzia che la redazione di tali documenti rispetta il punto di partenza di ogni *report* avanzato di misurazione e rendicontazione del CI: la definizione degli obiettivi di conoscenza da cui derivare gli indicatori. Tali obiettivi, che guidano le strategie di conoscenza del Centro, sono espressamente formulati nel *report*, come evidenzia la figura 3.

Il *report* presenta una sintesi dei principali indicatori di capitale umano, strutturale e relazionale, presentati in forma tabellare e più completa in coda al *report*.

La tabella 2 illustra gli indicatori di CI del CMM per il triennio 2005-2007.

In merito al capitale umano, gli indicatori misurano la composizione delle risorse umane di CMM in termini di tipologia di dipendenti e sesso. Si può notare che non sono presenti indicatori che misurino la capacità di *leadership* accademica, su cui il Centro investe. In merito al capitale relazionale, verifi-

Figura 2

Il modello CMM di rendicontazione del CI
Fonte: nostra elaborazione dai report del CI 2006-2008, CMM

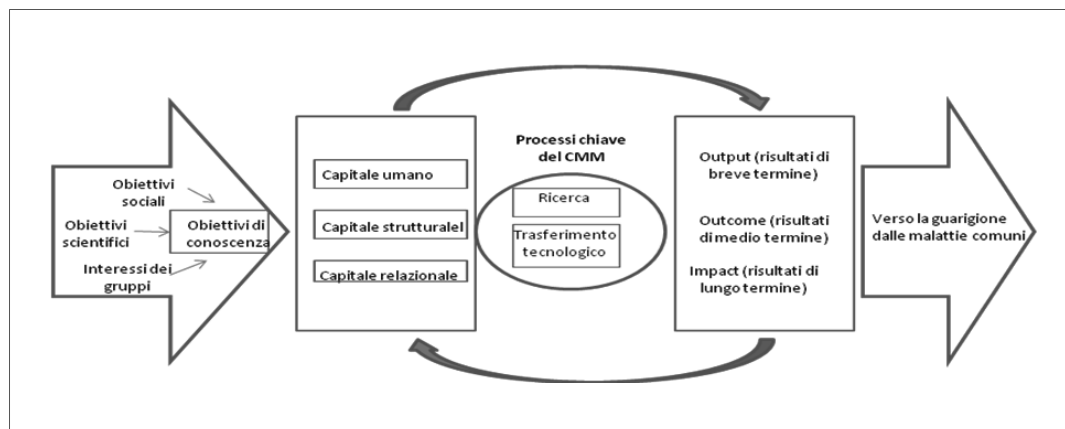
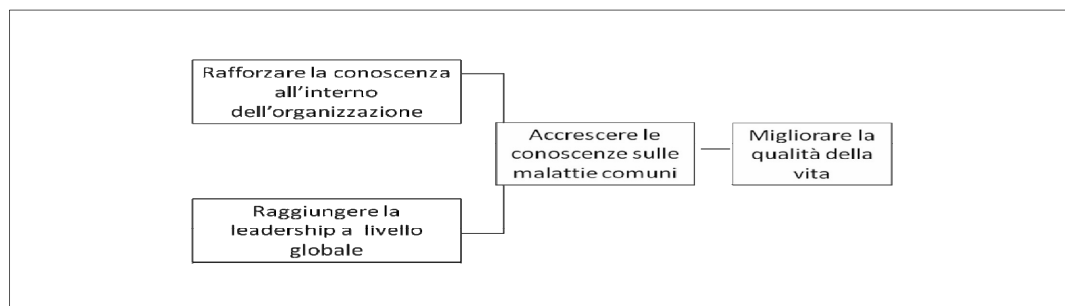


Figura 3

Gli obiettivi di conoscenza del CMM
Fonte: nostra elaborazione dai report del CI 2006-2008, CMM



CAPITALE UMANO	2005	2006	2007
Numero di staff	363	393	399
Numero di professori	23	27	32
Numero di assistenti e professori associati	55	58	44
Numero di studenti post dottorato	83	108	97
Numero di studenti dottorandi	153	149	151
Numero di medici associati al gruppo			87
Numero di laboratori tecnici e amministrativi		51	45
Percentuali uomini/donne di studenti dottorandi	26/74	33/67	36/84
Percentuale uomini/donne in facoltà	49/51	44/56	40/60
CAPITALE RELAZIONALE	2005	2006	2007
Numero di studenti dottorandi con preparazione medica	54	57	62
Numero di ricercatori che hanno cariche mediche	86	122	127
Numero di collaborazioni all'interno del CMM	93	108	100
Numero di gruppi che collaborano all'ospedale universitario della Karolinska (KUH)	128	132	155
Numero di gruppi che collaborano al Karolinska Institute (KI) eccetto il CMM	99	79	90
Numero di dipartimenti svedesi che collaborano all'esterno del KUI/KI	112	103	103
Numero di gruppi che collaborano all'estero	192	231	202
Numero di studenti dottorandi che lavorano all'estero	72	90	60
Numero di studenti dottorandi provenienti da altri paesi	62	68	68
Numero di facoltà con studenti non laureati presso università svedesi	46	63	57
CAPITALE STRUTTURALE	2005	2006	2007
Numero di biobanche	63	63	57
Totale di fondi spesi per le attrezzature tecniche (MSEK)	12.06	19.05	18.04

chiamo come gli indicatori si focalizzino sia sulle relazioni interne che su quelle esterne. In particolare, oggetto dell'analisi sono: la cooperazione interna tra gruppi di ricerca del CMM, i *network* nazionali e internazionali, la cooperazione con il sistema industriale, misurata dal numero di studenti di dottorato o post dottorato che lavorano per aziende operanti nelle biotecnologie in Svezia o all'estero. Il capitale strutturale viene esaminato in relazione al materiale clinico ottenuto dalle biobanche e dall'ammontare di fondi spesi nell'infrastruttura tecnica. Anche per il capitale strutturale rileviamo la mancanza di indicatori che misurano l'ambiente di lavoro nell'ottica dei dipendenti (il clima aziendale, gli stili di *leadership*) e che hanno un impatto diretto sulla motivazione dei lavoratori e, in ultima analisi, sulla produttività del Centro.

La **tabella 3** presenta gli indicatori di processo e di risultato del CMM per il triennio 2005-2007.

Gli indicatori relativi ai processi chiave nei quali il Centro è attivo (ricerca e trasferimento tecnologico) si focalizzano, relativamente alla ricerca, su indicatori relativi sia alla provenienza dei fondi che al modo in cui gli stessi sono destinati alle diverse tipologie di ricerca. Posto che la ricerca di cui si occupa il Centro può essere distinta in ricerca di base (ricerca che non ha evidenti implicazioni pratiche, ma che è alla base della successiva ricerca applicata), ricerca orientata alle malattie (ricerca che ha ad oggetto la comprensione del trattamento di una malattia e che non richiede alcun contatto tra ricercatore e paziente), ricerca orientata ai pazienti (ricerca realizzata da scienziati che osservano, analizzano e gestiscono pazienti individualmente) (Goldstein, Brown, 1997), gli indicatori evidenziano come il Centro deliberi di destinare una quota superiore al 22% dei propri fondi alla ricerca orientata ai pazienti. L'indicatore relativo alla provenienza

Tabella 2
Gli indicatori del capitale intellettuale del CMM
Fonte: nostra elaborazione dai report del CI 2006-2008, CMM

PROCESSI CHIAVE DELLA RICERCA	2005	2006	2007
Indicatore della ricerca di base/orientata alle malattie/orientata ai pazienti	24/56/20	26/51/23	22/56/22
Percentuale di <i>budget</i> proveniente da organizzazioni non governative (incluse le aziende)	79	54	78
Percentuale di <i>budget</i> proveniente dalle aziende	18	17	2
Fondi per la ricerca (MSEK)	157,4	154	184
PROCESSI CHIAVE DEL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO	2005	2006	2007
Percentuale di tempo dei ricercatori impiegato nella clinica	36	43	45
Numero di incontri informativi con i pazienti tenuti dai leader dei gruppi di ricerca	54	94	68
Numero di dibattiti pubblici ai quali i leader dei gruppi di ricerca hanno partecipato	22	19	26
Numero di interviste che i gruppi leader hanno rilasciato ai giornalisti	107	104	86
Numero di studenti con dottorato e post dottorato che attualmente lavorano in azienda	50	57	62
RISULTATI DI BREVE	2005	2006	2007
Numero di tesi completate	46	31	38
Numero di articoli pubblicati in riviste internazionali referate	408	311	350
Numero di premi e riconoscimenti	34	14	18
RISULTATI DI MEDIO TERMINE	2005	2006	2007
Numero di brevetti approvati	7	8	2
Numero di aziende <i>spin-off</i> create	4	1	2
Numero di trattamenti medici o programmi diagnostici in corso	30	54	66

Tabella 3

Gli indicatori di processo e di risultato del CMM

Fonte: nostra elaborazione dai report del CI 2006-2008, CMM

dei fondi evidenzia un incremento dei fondi ricevuti (+ 19% nel triennio) e, nell'ambito della sua composizione, una diminuzione dei fondi non di provenienza pubblica (- 30% nel triennio), che comunque rappresentano il 43% del totale dei fondi raccolti. Gli indicatori del trasferimento di conoscenza misurano tale processo in base alla percentuale di tempo speso dai ricercatori nella clinica, alla partecipazione degli stessi a dibattiti, interviste, meeting, al numero degli studenti che, dopo avere conseguito un dottorato o post-dottorato presso il CMM, lavorano presso altre aziende nel settore. Tali indicatori registrano un miglioramento nel triennio, come evidenzia la percentuale di tempo speso dai ricercatori in ospedale nel periodo oggetto di analisi, in aumento (+ 25%), l'aumento del numero di dibattiti pubblici presenziati dai leader dei gruppi di ricerca (+ 18%) e l'incremento del numero di studenti con dottorato/post-dottorato che lavorano in aziende biotecnologiche (+ 24%).

In relazione ai risultati, va sottolineato come questi siano distinti in risultati di bre-

ve (*output*), di medio (*outcome*) e di lungo periodo (*impact*). Gli indicatori sono presentati solo per i risultati di breve e di medio periodo. Sono considerati risultati conseguibili nel breve periodo le dissertazioni, le pubblicazioni e i premi ricevuti, mentre sono considerati risultati raggiungibili nel medio periodo il numero di nuove aziende *spin-off*, di nuovi brevetti e di nuovi trattamenti diagnostici in corso. A differenza di quanto accade per gli indicatori di processo, gli indicatori di risultato, stante la loro rilevanza nell'attrarre nuovi investitori e la loro funzione di rendicontazione nei confronti degli investitori in essere, sono adeguatamente commentati e integrati con grafici. Ad esempio, a fronte di una leggera diminuzione in termini di pubblicazioni internazionali nel triennio (- 14%, anche se si può rilevare una ripresa nel 2007 rispetto al 2006), il Centro commenta come la qualità della ricerca sia continuata ad aumentare rimanendo su buoni standard internazionali e allega un grafico che mostra come, a confronto con una selezione di università quali Harvard, Stanford,

KI e Imperial College, il CMM si collochi al secondo posto dopo Harvard (per citazione media degli articoli nel triennio 2005-2007). I risultati in termini di *outcome* sono più vari. Nel triennio aumenta il numero dei trattamenti diagnostici, diminuisce il numero di brevetti e si registra un costante investimento nel creare nuove aziende *spin-off*. Anche in questo caso, il primo risultato è evidenziato come frutto della politica di collaborazione tra ricercatori e medici promossa dal Centro, che si riflette, in ultima analisi, su una migliore attenzione al paziente, mentre i risultati relativi alle aziende *spin-off* e ai brevetti sono giustificati considerando che si tratta di attività che richiedono un notevole impegno e tempi lunghi per essere realizzati. Il trasferimento della conoscenza alla società è uno dei risultati di lungo periodo che il Centro si propone di perseguire, tramite contatto diretto dei ricercatori del CMM con i medici e i pazienti, la partecipazione dei ricercatori a dibattiti, convegni e seminari, la collaborazione dei ricercatori con le industrie o nello *start-up* di nuove aziende. Il Centro si propone di accelerare tale processo investendo sulla *leadership* accademica dei suoi ricercatori e consentendo loro di condurre la ricerca secondo un processo sistematico di creazione, innovazione e condivisione delle idee e della conoscenza con gli altri ricercatori.

L'analisi dei *report* del CI del CMM evidenzia come tali documenti facciano ricorso alle diverse forme di comunicazione: narrativa (per comunicare la filosofia di base, l'andamento degli indicatori di CI, i risultati, i principali programmi, gli indicatori di lungo periodo), numerica (tabella degli indicatori di CI, di processo e di risultati), grafica, per evidenziare elementi che non potrebbero essere diversamente rappresentati, come ad esempio le collaborazioni tra i ricercatori del CMM e i medici del KUH.

Il modello di *reporting* del CI del CMM risulta efficace nei confronti degli investitori attuali e potenziali e, più in generale, di tutti gli *stakeholder*? Gli indicatori di processo della ricerca e del trasferimento tecnologico, in crescita nel triennio, testimoniano tale efficacia. Più difficile definire i risultati in termini di *impact*, per i quali si registra l'impegno costante del Centro a favorire una ricerca basata sulla cooperazione e a valorizzare le abilità di *leadership* dei suoi ricercatori.

9. Il *report* del capitale intellettuale: lezioni apprese

Il *framework* di analisi del caso CMM, da noi elaborato sulla base di un attento studio della letteratura esistente in merito (Haber-sham, Piber, 2003; Leitner, Warden, 2004), ha analizzato i *report* del CI di CMM sotto i seguenti profili: la nozione di CI sottesa, il modello di *report* utilizzato, lo scopo principale, gli indicatori del CI.

In merito alla nozione di CI, il CMM nel suo *report* del 2007 definisce il CI come «la conoscenza che crea valore per un'organizzazione» (p. 10). La definizione del CMM, che include la nozione di conoscenza e la lega al valore creato per l'azienda, è tipica dei modelli avanzati di misurazione e rendicontazione del CI e mostra una elevata maturità e consapevolezza del Centro nei confronti della tematica del CI.

Il CMM nel rendicontare il proprio CI, si avvale di un modello sviluppato in proprio (*in-house model*), sviluppato gradualmente nel corso degli anni sulla base del modello ARC. Si tratta di un modello *process-oriented*, che combina insieme, tenendoli tuttavia ben distinti, gli *input*, i processi chiave e i risultati del processo di produzione della conoscenza dell'organizzazione. Nel modello CMM gli *input*, rappresentati dal CI, ripartito, secondo la tassonomia validata dal progetto Meritum (2002) in capitale umano, organizzativo e relazionale, sono investiti nei processi chiave del CMM (ricerca e trasferimento tecnologico), al fine di produrre risultati. I risultati, distinti in risultati di breve termine (*output*), di medio termine (*outcome*) e di lungo termine (*impact*), hanno un ritorno sugli *input* in base a un processo ciclico.

Il modello CMM non solo, quindi, si focalizza sulle differenti categorie del CI, che nel modello hanno la stessa importanza, ma soprattutto su come tali investimenti sono utilizzati dal Centro e come questi influenzano i risultati, che sono anch'essi intangibili (brevetti, nuovi trattamenti medici ecc.) e in ogni caso basati sulla conoscenza. Il modello parete correttamente dagli obiettivi di conoscenza, evidenziati anche in forma grafica nel *report*, tuttavia, in merito alle attività da mettere in atto per raggiungere tali obiettivi, va sottolineato che il *report* del CMM

esplicita tali attività nel solo *report* relativo all'anno 2006.⁹

In relazione al sistema di indicatori, uno dei maggiori rischi dei *report* del CI delle organizzazioni è quello di presentare un numero eccessivamente elevato di indicatori; i *report* del CI del CMM, con i loro 36 indicatori (di cui 21 relativi al CI in senso stretto), riflettono una chiara definizione della strategia e delle priorità rispetto alle informazioni che devono essere fornite agli *stakeholder* tramite il *report* del CI. In merito alle variabili misurate dagli indicatori di CI del CMM, occorre evidenziare la difficoltà di misurare gli indicatori di natura «soft»: nell'ambito degli indicatori del capitale umano, ad esempio, mancano del tutto indicatori relativi ad aspetti quali la soddisfazione degli impiegati, la loro creatività o le abilità di *leadership* dei leader dei gruppi di ricerca; nell'ambito degli indicatori di capitale relazionale non si riscontrano indicatori che misurano la soddisfazione degli utenti, nell'ambito del capitale strutturale non sono presenti indicatori che misurino miglioramenti relativi all'ambiente di lavoro (aspetti «soft»).

Il valore aggiunto di un *report* del CI *process oriented* sta nella evidenziazione del processo di produzione di conoscenza, in cui i risultati sono l'*output* dei processi e, come questi, possono essere misurati in termini di indicatori. Nell'ambito degli indicatori di processo va sottolineata la difficoltà di individuare indicatori adeguati a misurare i progetti e le attività in corso, mentre nell'ambito degli indicatori di risultato va considerato come gli effetti di lungo termine (*impact*) siano di difficile misurazione e quantificazione. In merito agli indicatori di processo, in realtà gli indicatori utilizzati dal Centro sono, per quanto riguarda la ricerca, limitati e generici, riferiti alla ricerca del Centro nel suo insieme e non a singoli progetti; si tratta di soli due indicatori che si concentrano sulla fonte dei fondi raccolti per la ricerca e la loro destinazione e non sul processo ricerca. Gli indicatori di trasferimento della conoscenza sono maggiormente rappresentativi del processo che vanno a misurare, in termini di tempo speso dai ricercatori direttamente con i pazienti, o nell'ambito di convegni divulgativi o tramite la collocazione di una particolare tipologia di «prodotti» del CMM, gli studenti post dottorato, presso aziende del settore.

Tuttavia il *report* del CI non si sofferma su tali indicatori, dando invece molto più risalto ai risultati del Centro e, in misura crescente nel triennio, ai risultati di lungo termine (*impact*), esplicitativi della filosofia del Centro: far sì che i propri ricercatori realizzino una ricerca di eccellenza e la condividano con la società, includendo, per la prima volta nel 2007, la descrizione delle diverse modalità con le quali i ricercatori condividono i risultati della ricerca con la società. Tali risultati sono esposti esclusivamente in forma narrativa. Occorre sottolineare che la narrazione è una forma di comunicazione fondamentale nell'ambito di un *report* (avanzato) del CI (Dumay, 2008); ogni *report* deve partire dalla narrazione della strategia di conoscenza, dalla quale derivano le sfide di gestione, le attività da mettere in atto per affrontare tali sfide e gli indicatori che misurano le risorse e le attività di conoscenza messe in atto dall'organizzazione (Mouritsen *et al.*, 2001). Il processo di derivazione degli indicatori del CI dalla strategia deve pertanto essere reso esplicito al lettore del *report* del CI, così come i collegamenti tra le diverse fasi del processo di redazione del *report* del CI; alla narrazione si ricorre inoltre nel corso del *report* per validare/confutare quanto emerge dai semplici numeri, come ad esempio nel caso della diminuzione del numero delle pubblicazioni internazionali, che non è tuttavia esemplificativo di una peggiore posizione competitiva del CMM.

In merito ai collegamenti tra le diverse componenti del processo di produzione della conoscenza, va evidenziato che il processo è correttamente visualizzato a monte, con la presentazione del grafico del modello CMM (figura 2) che dà un immediato impatto visivo dei legami tra *input*, processo e *output*, tuttavia, a valle del processo, gli indicatori non consentono una visualizzazione dei legami esistenti tra *input* e processi o tra *input* e risultati, e gli indicatori sono presentati nella stessa tabella ma per aree separate. Tale limite è tuttavia un limite del modello e non dell'applicazione dello stesso da parte del CMM (Leitner, Warden, 2004).¹⁰

Lo scopo principale del *report* del CMM è mostrare a partner e investitori che i fondi raccolti sono stati ben investiti; in altre parole il principale scopo del CMM è quello di migliorare il livello di fiducia con i suoi

partner per attrarre fondi aggiuntivi. Il CMM raggiunge il suo obiettivo mostrando ai finanziatori il rendimento dei fondi investiti nella ricerca in termini di indicatori di risultato di breve e medio periodo, confrontati con i risultati raggiunti negli esercizi precedenti e descrivendo le iniziative portate avanti per raggiungere gli obiettivi di lungo periodo.

10. Considerazioni conclusive

Lo scopo principale del contributo è quello di focalizzarsi sulla descrizione e l'analisi argomentativa dei sistemi di *reporting* del CI nel settore sanitario, attraverso l'analisi del *report* del CI di un ente di ricerca considerato uno degli esempi di eccellenza nella rendicontazione del CI: il Centro di medicina molecolare. Il settore sanitario è di grande interesse per i ricercatori per il ruolo che le organizzazioni sanitarie rivestono per la comunità, tuttavia fare ricerca su tale settore si scontra con le difficoltà che presenta il settore sanitario in termini di complessità, in quanto esso include al suo interno organizzazioni caratterizzate da diverse tipologie di proprietari, differente status legale, missione, strutture organizzative e *output*, nonché tipologia di finanziamenti.

Le organizzazioni pubbliche negli ultimi anni sono state oggetto di numerose attenzioni in termini di implementazione e trasferimento di modelli, approcci e strumenti economico-manageriali per il miglioramento delle prestazioni. Tuttavia, nell'ambito delle organizzazioni di natura pubblica, è possibile evidenziare come la problematica del contributo del capitale intellettuale al miglioramento delle prestazioni organizzative sia stato oggetto di limitata attenzione per le organizzazioni sanitarie. Allo stato attuale manca, se si escludono alcune ricerche effettuate sul CI nelle strutture ospedaliere (Habersham, Piber, 2003), un'attenzione alla gestione strategica del CI, che rappresenta invece, nell'ottica della *resource based view* (accolta in questo scritto), una risorsa fondamentale per supportare le dinamiche di miglioramento delle prestazioni organizzative. All'interno della pubblica amministrazione il settore sanitario si dimostra tra i meno investigati, con la conseguente mancanza di un modello di riferimento per la presentazione delle variabili e di una chiara consapevolezza

delle criticità riscontrabili nella rappresentazione del capitale intellettuale in organizzazioni così complesse ed è proprio su questa area di ricerca che si inquadra il contributo del presente studio.

Dall'analisi, effettuata sui *report* del CI per il triennio 2005-2007 reperiti sul sito *web* del CMM, emerge che il Centro utilizza un proprio modello elaborato sulla base del modello ARC, inserito nei modelli di seconda generazione per il *focus* sulla gestione del CI, ma che da questi si differenzia per essere *process oriented* anziché *structure oriented*: il modello non vede gli indicatori del CI come *output* di un processo che parte dalla definizione della strategia di conoscenza, bensì come *input* del più ampio processo di produzione dell'azienda. Scopo del modello è quello di rendere evidenti ai finanziatori, e in generale agli *stakeholder*, il rendimento delle risorse investite in termini di *output* realizzati. In tale modello, il CI è l'*input* del processo di produzione della conoscenza che ha come *output* finale il raggiungimento di obiettivi non solo finanziari ma anche di impatto sociale.

I *report* del CI possono essere focalizzati sul documento o sul processo, in relazione al ruolo assegnato al *report* quale strumento di comunicazione o di supporto alla gestione. Dall'analisi dei *report* del CI del Centro, esaminati per il triennio 2005-2007, emerge come il *report* abbia una valenza sia gestionale che di comunicazione nei confronti dell'esterno. Sotto il profilo della rendicontazione esterna, il *report* consente al lettore di evidenziare il processo di creazione del valore aziendale del Centro, il quale rende trasparenti i propri processi di creazione del valore poiché ha la necessità di mostrare ai propri finanziatori che i loro fondi sono stati ben investiti e di accrescere il livello di fiducia con i propri partner per incrementare il livello di fondi addizionali per la ricerca.

Come e perché tale modello potrebbe essere utile alle aziende sanitarie in Italia? In altre parole perché le aziende sanitarie italiane dovrebbero implementare un modello di rendicontazione del CI nei loro sistemi gestionali? Precedenti studi (Abernethy, Vagnoni, 2004) evidenziano che molti aspetti legati alla riforma del sistema sanitario, tra cui le tecniche contabili, sono stati implementati esclusivamente da un punto di vista

formale. A distanza di alcuni anni dall'inizio della riforma sanitaria, l'introduzione delle tecniche del NPM non hanno ancora portato a un pieno raggiungimento degli obiettivi di miglioramento nell'efficienza ed efficacia dei servizi sanitari prestati (Marcon, Panozzo, 1998). In questo contesto, il settore sanitario italiano sta sviluppando il bisogno di formulare strategie per fornire la migliore qualità dei trattamenti e migliorare le proprie performance e il bilancio del CI si pone come uno strumento di gestione strategica, che obbliga l'organizzazione a definire la propria strategia da cui derivare gli indicatori. I benefici per le aziende saranno evidenti solo se sarà implementato un modello avanzato di misurazione e rendicontazione del CI, con un *focus* gestionale, e ancora di più un modello *process oriented* come il modello CMM, che fa partire il processo dalla strategia di conoscenza, è basato su pochi indicatori strategici, misura anche i processi e risultati oltre al CI ed evidenzia il ruolo del CI come investimento. Si tratta di un modello che non può essere incorporato nel bilancio, ma che fornisce, su apposito documento, informazioni a questo complementari per gli *stakeholder*.

Il modello CMM ha finalità sia interne che esterne. Sotto il profilo interno, gestionale, le organizzazioni possono apprendere dal proprio processo di produzione, dal momento che i dati possono essere raccolti simultaneamente dagli *input* dai processi e dagli *output*, fornendo informazioni che i bilanci e altri modelli di rendicontazione del CI non riescono a fornire. Sotto il profilo della comunicazione esterna, il modello descritto potrebbe essere utilizzato come strumento per aumentare il livello di *accountability* dell'ente, che rendiconta ai suoi finanziatori come ha utilizzato le risorse e quali risultati queste risorse hanno prodotto. Va tuttavia sottolineato che il modello non consente di quantificare i legami tra *input* e *output* in termini di indicatori di valore, ma solo di visualizzare i flussi tra *input*, processi e *output*, aumentando la comprensione del processo di produzione della conoscenza nell'organizzazione (Leitner, Warden, 2004). Limiti alla redazione di un modello di tale tipo si ritrovano nella difficoltà di misurare alcuni aspetti del processo di conoscenza, così come nel visualizzare la complessa natura del processo di produzione, mentre limiti all'interpretazio-

ne degli indicatori del CI possono derivare dalla mancanza di un *framework* comune per tutti gli *stakeholder*. In relazione a tale ultimo punto, il ritardo mostrato dal settore sanitario rispetto al settore privato potrebbe essere colmato promuovendo tre principali linee di ricerca (Leitner, Warden, 2004). La prima ha a che fare con la ricerca sotto il profilo teorico e metodologico, dal momento che, allo stato attuale, la letteratura non ha ancora prodotto *framework* concettuali che illustrino il processo di produzione della conoscenza all'interno di un'organizzazione sanitaria. In diverse realtà sanitarie in tutta Europa sono diffusi sistemi integrati di misurazione della performance aziendale (si pensi ad esempio alla *balanced scorecard*) che, ponendosi il problema della misurazione di tutti i *value drivers* aziendali, hanno posto particolare attenzione alle risorse intangibili, tuttavia si ritiene che, perché le risorse immateriali vengano gestite adeguatamente, è necessario che vengano sviluppati modelli di misurazione *ad hoc*, condivisi dalla dottrina e nella prassi, centrati esclusivamente sul loro monitoraggio. La seconda linea di ricerca dovrebbe portare, sulla base di ricerche empiriche, all'emanazione di un *set* di indicatori condiviso e dal forte potere esplicativo, che consenta la comparazione tra le misure di CI delle diverse tipologie di organizzazioni sanitarie. Infine, la terza linea di ricerca si sostanzia nell'emanazione di linee guida che consentano di sviluppare e interpretare i *report* del CI delle organizzazioni operanti nel settore sanitario.

Note

1. Nel testo i termini risorse intangibili e capitale intellettuale saranno utilizzati come sinonimi.
2. In Italia, tra le organizzazioni sanitarie che hanno adottato la BSC meritano una menzione le esperienze dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) Istituto europeo di oncologia di Milano, l'esperienza della fondazione Irccs Istituto oncologico «Carlo Besta», dell'Azienda universitaria ospedaliera (Aou) S. Martino di Genova.
3. Esempi sono costituiti dall'azienda danese Systematic, operante nel campo del *software* (Mouritsen *et al.*, 2001) e dall'azienda italiana Intercos, operante nel campo della cosmesi (Veltri, 2005). Entrambe le aziende hanno integrato la BSC nel report del CI, introducendola dopo la pubblicazione del primo *report* del CI, elaborato con la duplice finalità di comunicazione esterna e di gestione interna degli intangibili aziendali, e la utilizzano in un ruo-

- lo strumentale, per ancorare la strategia a livello dei singoli progetti e a livello degli obiettivi delle persone che lavorano all'interno dell'azienda e per promuovere l'impegno del personale. I dati inseriti nella BSC sono dati «sensibili» per cui, a differenza dei report del CI, le BSC non sono rese pubbliche, ma costituiscono uno strumento di gestione meramente interno. Per approfondimenti, si rinvia a Veltri (2007a).
4. Tra i principali benefici legati agli intangibili si ricordano i ritorni di scala crescenti, l'effetto rete, la scalabilità degli intangibili, tra i limiti più rilevanti l'escludibilità parziale, il rischio elevato, la non commerciabilità. Per un approfondimento, si rinvia a Lev (2001).
 5. Nel 2002, il governo austriaco ha obbligato le università austriache a redigere e rendere pubblico un bilancio del CI, il cui schema è chiaramente ispirato allo schema ARC (Leitner, 2004).
 6. I tre principi cardine della legge del 1982 sono, in ordine gerarchico: 1) il principio della dignità umana, per cui tutti godono degli stessi diritti; 2) il principio del bisogno e della solidarietà, per cui la precedenza nelle cure sanitarie spetta ai più bisognosi; 3) il principio del costo-efficacia, per cui la scelta tra diverse alternative deve dipendere dal rapporto fra costi e benefici.
 7. Tre le principali riforme introdotte nel triennio 2007-2009 per migliorare l'accesso alle cure basati su principi del libero mercato: la legalizzazione della privatizzazione degli ospedali e la creazione di società sanitarie *for-profit* nel 2007; la riduzione della copertura dell'assicurazione nazionale sulle assenze del lavoro e la disoccupazione nel 2008; l'abolizione del quarantennale monopolio di stato sulle farmacie nel 2009 (Burstrom, 2009).
 8. Quattro le aree di ricerca sulle quali si focalizza il CMM: malattie neurogenetiche e psichiatriche, malattie metaboliche e cardiovascolari, malattie infiammatorie, malattie genetiche.
 9. Nel *report* del CI del 2006, a fronte di obiettivi quali il miglioramento della qualità della vita, lo sviluppo di nuove metodologie diagnostiche, la creazione di prodotti per la salute e l'introduzione di nuove cure, vengono dettagliatamente descritte le attività messe in atto per raggiungere tali obiettivi, che hanno riguardato la creazione e successiva diffusione di un opuscolo tra i potenziali donatori, l'organizzazione di riunioni periodiche per diffondere e promuovere la partecipazione collettiva, l'istituzione di un ambiente comune da utilizzare come spazio per conferenze, attività di ricezione e, infine, il miglioramento dell'organizzazione del centro attraverso la diffusione delle conoscenze relative alle decisioni prese ed alle posizioni assunte.
 10. «With the model presented, it is neither possible to trace knowledge flows between different kinds of resources and projects, nor to quantify the link between inputs and outputs by financial figures and yet it manages to capture the complexity of the knowledge-production process as well as defining a limited set of indicators. The process character of the underlying model should help to address, or raise the awareness, of flows between different kinds of inputs or resources, various processes and results» (Leitner, Warden, 2004, p. 43).

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

- ABERNETHY M.A., VAGNONI E. (2004), «Power, organization design and managerial behaviour», *Accounting, Organizations and Society*, 29, pp. 207-225.
- ANSELMINI L. (1995), *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale*, Torino, Giappichelli.
- ARDUINI R. (2010), *Economia e gestione delle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- AUSTRIAN RESEARCH CENTERS (2000), *Wissensbilanz 1999*, Seibersdorf available at <http://www.arcs.ac.at>.
- BACCARINI M., CASTELLINI M., GUERCINI A.M., VAGNONI E. (a cura di), *La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie*, Regione Emilia Romagna.
- BARNEY J.B. (1991), «Firm resources and sustained competitive advantage», *Journal of Management*, 17 (1), pp. 99-120.
- BIOCCA M., GRILLI R., RIBOLDI B. (2008) (a cura di), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- BONTIS N., DRAGONETTI N.C., JACOBSEN K., ROOS G. (1999), «The knowledge toolbox: a review of the tools available to measure and manage intangible resources», *European Management Journal*, 17 (4), pp. 391-402.
- BONTIS N. (1998), «Intellectual capital: An exploratory study that develops measures and models», *Management Decision*, 36 (2), pp. 63-76.
- BORGONOVANI E., FATTORE G., LONGO F. (2009), *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRONZETTI G., VELTRI S. (2007), *Intellectual capital in the non-profit sector*, Roma, Aracne.
- BUKH P.N., JOHANSEN M.R., MOURITSEN J. (2002), «Multiple integrated performance management systems: IC and BSC in a software company», *Singapore Management Review*, 24 (3), pp. 21-33.
- BURSTROM B. (2009), «Swedish healthcare reforms affect equity?», *BMJ*, 339, pp. 45-66.
- CABRITA M.R., BONTIS N. (2008), «Intellectual capital and business performance in the Portuguese banking industry», *Int. J. Technology Management*, 43 (1-3), pp. 212-237.
- CAMPANALE C., CINQUINI L. (2010), «Integrative-interactive management accounting in health care: evidence

- from a qualitative research», paper presented to the EEA European Accounting Association, Istanbul 19-21 Maggio.
- CARMELI A., TISHLER A. (2004), «The Relationships between Intangible Organizational Elements and Organizational Performance», *Strategic Management Journal*, 25, pp. 1257-1278.
- CARUSO G.D., CATALFO P. (2002), «L'economia aziendale e i problemi del valore delle human resources, del knowledge e degli intangibile assets. Alcune riflessioni per una nuova configurazione del concetto di impresa», *RIREA*, 102 (5/6), pp. 283-298.
- CEPIKU D., COLANGELO R., FEDELE P., GIORDANO R., MELE V., MENEGUZZO M., PLAMPER H., SENESE M. (2008), *Innovations in Public Management and Governance in Italy*, Roma, Aracne.
- CHARPENTIER C., SAMUELSON L.A. (1996), «Effects of New Control Systems in Swedish Health Care Organizations», *Financial Accountability and Management*, 12 (2), pp. 157-171.
- CHEN M., CHENG S., HWANG Y. (2005), «An empirical investigation of the relationship between intellectual capital and firms' market value and financial performance», *Journal of Intellectual Capital*, 6 (2), pp. 159-176.
- CHIUCCHI M.S. (2004), *Sistemi di misurazione e di reporting del capitale intellettuale: criticità e prospettive*, Giappichelli, Torino.
- CINQUINI L., VAINIERI M., CAMPANALE C. (2007), «Designing performance measurement systems in health care: multiple organizational players and their interaction in the case of prevention services in Tuscany», paper presentato al Convegno EGPA, Madrid, 19-22 Settembre.
- D'ALESSIO L. (2008), «Accountability nel sistema di programmazione e controllo», in AA. VV., *Innovazione e accountability nella Pubblica Amministrazione. I drivers del cambiamento*, RIREA
- DAHLGREN G. (2008), «Neoliberal reforms in Swedish Primary Health care: From Whom and for What Purpose?», *International Journal of Health Services*, 38 (4), pp. 697-715.
- DATI - DANISH AGENCY FOR TRADE AND INDUSTRY (2000) *A guideline for Intellectual Capital statements* (English Version), disponibile sul sito www.vtu.dk.
- DMSTI - DANISH MINISTRY OF SCIENCE TECHNOLOGY AND INNOVATION (2003), *Intellectual Capital statements. The New Guidelines* (English Version), disponibile sul sito www.vtu.dk.
- DODGSON M., HINZE S. (2000), «Indicators used to measure the innovation process: defects and possible remedies», *Research Evaluation*, 8 (2), pp. 101-114.
- DONATO F. (2002), «Intangibles and the performance measurement systems of healthcare organizations: an empirical research study in Tuscany (Italy)», paper presentato nell'ambito del progetto PRISM.
- DUMAY J.C. (2008), «Narrative disclosure of intellectual capital: A structural analysis», *Management Research News*, 31 (7), pp. 518-537.
- EDVINSSON L., MALONE M.S. (1997), *Intellectual capital - realising your company's true value by finding its hidden brainpower*, Harper Business Publisher, New York.
- EDVINSSON L. (2002), *Corporate Longitude: What you Need to Know to Navigate the Knowledge Economy*, Prentice Hall.
- GOLDSTEIN J.L., BROWN M.S. (1997), «The clinical investigator: bewitched, bothered and bewildered - but still beloved», *J. Clin. Invest.*, 99, pp. 2803-2812.
- GRANT R.M. (1996), «Toward a knowledge based theory of the firm», *Strategic Management Journal*, 17, pp. 109-122.
- GUTHRIE J. (2005), «Debating public sector management and financial management reforms: an international study», *Information Age Publishers*, Greenwich, CT.
- HABERSHAM M., PIBER M. (2003), «Exploring intellectual capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria», *Management Accounting Review*, 12 (4), pp. 753-779.
- HALL R. (1992), «The strategic analysis of intangible resources», *Strategic Management Journal*, vol. 13, n. 2, pp. 135-144.
- HLEG - HIGHER LEVEL EXPERTS GROUP (2003), *Study on the Measurement of intangible assets and associated reporting practices*, «Enterprise» Directorate General of the European Commission, aprile, Brussels.
- HOOD C. (1995), «The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme», *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2/3), pp. 93-109.
- IFAC - INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTANTS (1998), *The measurement and management of intellectual capital*, New York.
- ITAMI H., ROEHL T.W. (1987), *Mobilizing Invisible Assets*, Harvard University Press, Cambridge.
- JACKSON A., LASPSLEY I. (2003), «The diffusion of accounting practices in the new managerial public sector», *International Journal of Public Sector Management*, 16 (5), pp. 359-372.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The Balanced Scorecard - Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2001), *The Strategy-Focused Organization*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2004), *Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1992), «The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performances», *Harvard Business Review*, pp. 71-79.
- KONG E., PRIOR D. (2008), «An intellectual capital perspective of competitive advantage in nonprofit organisations», *Int. J. Nonprofit Volunt. Sect. Mark.*, 13, pp. 119-128.
- LAPSLEY I. (1996), «Health Care Reforms: Solutions or Problems?», *Financial Accountability and Management*, 12 (2), pp. 83-87.
- LEITNER K.H. (2004), «Intellectual capital reporting for universities: conceptual background and application for Austrian universities», *Research Evaluation*, 13 (2), pp. 129-140.
- LEITNER K.H., WARDEN C. (2004), «Managing and reporting knowledge-based resources and processes in research organizations», *Management Accounting Research*, 15, pp. 33-51.
- LINDKVIST L. (1996), «Performance Based Compensation in Health Care - A Swedish experience», *Financial Accountability and Management*, 12 (2), pp. 89-105.

- LOMI A., CICCHETTI A., MASCIA D., PALLOTTI F. (2009), «Cooperazione, competizione o co-petizione? Evidenze empiriche nel settore della sanità», *Studi organizzativi*, 1, pp. 5-29.
- LONGO C., MASELLA C. (2007), «Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione», *Mecosan*, 35, pp. 25-34.
- MARCON G., PANOZZO F. (1988), «Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector», *European Accounting Review*, 7(2), pp. 185-208.
- MARINO G., GUERZONI A., MACCAFERRI C., CINTORI C., FERRARI F. (2006), «L'intangibile in bilancio. La misurazione del capitale intangibile in sanità», *De Qualitate*, 4, pp. 77-81.
- MARINO G., GUERZONI A., MACCAFERRI C., CINTORI C., FERRARI F., (2005), «Il patrimonio intangibili in sanità, descrizione di un'esperienza», *De Qualitate*, 2, pp. 76-88.
- MARR B., ADAMS C. (2004), «The balanced scorecard and intangible assets: similar ideas, unaligned concepts», *Measuring Business Excellence*, 8(3), pp. 18-27.
- MARR B., SCHIUMA G. (2001), «Measuring and Managing Intellectual Capital and Knowledge Assets in New Economy Organisations», in M. Bourne (ed.), *Handbook of Performance Measurement*, Gee, London.
- MERITUM (2002), *Guidelines for Managing and Reporting on Intangibles*, Fundación Aritel Mòvil, Madrid.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, disponibile on line sul sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654 Allegato.pdf.
- MOURITSEN J., LARSEN H.T., BUKH P.N. (2001), «Intellectual Capital and the "Capable Firm": Narrating, Visualising and Numbering for Managing Knowledge», *Accounting, Organisations and Society*, 26 (7/8), pp. 735-762.
- MOURITSEN J., LARSEN H.T., BUKH P.N. (2005), «Dealing with the knowledge economy: intellectual capital versus balanced scorecard», *Journal of intellectual capital*, 6 (1), pp. 8-27.
- NUTI S., BRAMBINI A. (2005), «La formazione e le competenze. Percorso formativo rivolto ai Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie Toscane», *Salute e Territorio*, 152, pp. 313-317.
- OECD (1999), Guidelines and instructions for OECD Symposium», paper presented at *International Symposium Measuring Reporting Intellectual Capital: Experiences, Issues and Prospects*, OECD.
- OECD (2010), Health.
- PERSIANI N. (2008), *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie ed ospedaliere*, FrancoAngeli, Milano.
- PETTY R.J., GUTHRIE J. (2000), «Intellectual capital literature review: Measurement, reporting and management», *Journal of intellectual capital*, 1 (2), pp. 155-175.
- PRAHALAD C.K., HAMEL G. (1990), «The core competence of the corporation», *Harvard Business Review*, 68 (3), pp. 79-91.
- RICCIARDI A. (2007), «Preface», in G. Bronzetti, S. Veltri, *Intellectual capital in the non-profit sector*, Aracne, Roma.
- ROESSNER D. (2000), «Quantitative and qualitative methods and measures in the evaluation of research», *Research Evaluation* 8 (2), pp. 125-132.
- STAKE R. (1994), «Case Studies», in N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (eds), *Handbook of Qualitative research*, Thousand Oaks, Sage.
- STOVEL M., BONTIS N. (2002), «Voluntary turnover: knowledge management friend or foe», *Journal of Intellectual Capital*, 3, pp. 303-322.
- SVEIBY K.E. (1997), «The intangible asset monitor», *Journal of Human Resource Costing and Accounting*, 2 (1), pp. 73-97.
- SVEIBY K.E. (2001), «Methods for Measuring Intangible Assets», disponibile sul sito <http://www.sveiby.com/articles/Intangible-Methods.htm>, versione aggiornata ad aprile 2010.
- TAN H.P., PLOWMAN D., HANCOCK P. (2008), «The evolving research on intellectual capital», *Journal of Intellectual Capital*, 9 (4), pp. 585-608.
- TEECE D.J. (2000), «Strategies for Managing Knowledge Assets: the Role of Firm Structure and Industrial Context», *Long Range Planning*, 33 (4), pp. 35-54.
- VAGNONI E. (2008), «Il ruolo del capitale intellettuale nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie», in M. Biocca, R. Grilli, B. Riboldi (2008) (eds), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- VAGNONI E., CASTELLINI M. (2005), «Designing Intellectual Capital report: a study on health care organization», paper presentato al 1° workshop EIASM Visualising, Measuring and Managing Intangibles and Intellectual Capital, Ferrara, 18-20 ottobre.
- VALERIO L., FABBRINI V. (2011), «Il sistema sanitario svedese», *Redazione SI*, disponibile sul sito <http://saluteinternazionale.info/2011/01/il-sistema-sanitario-svedese/>
- VELTRI S. (2005), «Intellectual capital report and balanced scorecard as complementary models: Intercos and systematic cases», paper presentato al primo workshop EIASM Visualising, Measuring and Managing Intangibles and Intellectual Capital, 18-20 ottobre, Ferrara.
- VELTRI S. (2007a), *Sistemi di misurazione del capitale intellettuale d'azienda*, FrancoAngeli, Milano.
- VELTRI S. (2007b), «Il bilancio del capitale intellettuale», in G. Fabbrini, A. Ricciardi (eds), *Intangible assets. Principi contabili, modalità di reporting e tecniche di valutazione*, FrancoAngeli, Milano.
- WALL A. (2005), «The measurement and management of intellectual capital in the public sector», *Public Management Review*, 7 (2), pp. 289-303.
- WERNERFELT B. (1984), «A Resource-Based View of the Firm», *Strategic Management Journal*, 5 (2), pp. 171-180.
- YIN R.K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage.
- ZAMBON S. (2004), «Lo studio della Commissione Europea sulla misurazione degli intangibili (2003)», in *Atti del 26° Convegno Aidea*, Udine, Ediz. AGF.

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**.

Fenomeni di specializzazione in sanità. I risultati di una ricerca empirica

MARCO GIOVANNI RIZZO

Health-care specialization in Italy is driven by New Public Management reforms. Hospitals responded to reforms changes by specializing in services. This research aims to study the tendency toward specialization in Italian health-care organizations. Hospital specialization was measured using the internal Herfindahl-Hirschman Index. The study sample consists of 739 Italian public and private health-care providers for the years 2001 and 2005. Descriptive statistics showed that specialization increased during the examined period but differences in the specialization index trends were found for hospital location and ownership type. Health-care organizations located in Central and North regions of Italy are more specialized than the ones located in the South. Over the time the specialization index increased more in private than in public health-care organizations.

Keywords: hospital, specialisation rating, drg

Parole chiave: ospedale, indice di specializzazione, drg

Note sull'autore

Marco Giovanni Rizzo è dottore di ricerca in Economia e gestione delle aziende sanitarie, ricercatore CERISMAS, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

1. Introduzione

Nel perseguimento dell'economicità della gestione le aziende sanitarie pubbliche sfruttano gli spazi di azione loro rimessi adottando delle scelte di configurazione delle combinazioni economiche dirette al raggiungimento del successo aziendale che, se da un lato sono riferibili a diversi livelli di formulazione della strategia, dall'altro, sono vincolate dalla programmazione nazionale e regionale in quanto parte del c.d. gruppo sanitario pubblico regionale (Anessi Pessina, Macinati, 2008; Longo, Carbone, Cosmi, 2003).

L'evoluzione del sistema istituzionale di riferimento delle aziende sanitarie ha modificato il sistema di obiettivi e vincoli loro attribuiti nello svolgimento delle combinazioni economiche (Del Vecchio, 2003). In particolare, sotto il profilo economico-aziendale i processi di riforma del Ssn¹ hanno dato una forte spinta verso l'evoluzione della configurazione delle combinazioni economiche attivate dalle aziende modificandone non certo le caratteristiche, quanto la configurazione sotto il profilo della loro estensione orizzontale e verticale.

L'estensione orizzontale delle combinazioni economiche attiene al fatto che le aziende sanitarie tendono a sviluppare un vero e proprio profilo strategico individuale in virtù del quale, piuttosto che tentare di soddisfare in maniera indistinta la generalità dei bisogni di salute della popolazione, si sono concentrate sullo svolgimento di determinate combinazioni economiche parziali.

Tali scelte aziendali danno origine a fenomeni di specializzazione riferibile nello specifico alla gamma e varietà di prestazio-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Background* teorico e analisi della letteratura internazionale
3. Il campione e la fonte dei dati
4. Metodologia della ricerca
5. Risultati
6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

ni sanitarie che le stesse aziende erogano all'utente.

La letteratura internazionale ha investigato da vari punti di vista, mediante l'ausilio di una pluralità di indicatori, le determinanti della specializzazione delle aziende sanitarie.

Sulla base dei presupposti teorici provenienti dalla letteratura al fine di determinare il grado di specializzazione delle aziende sanitarie è stato scelto come misura l'indice interno di specializzazione HHI.

In Italia, diversi autori si sono occupati dell'estensione verticale delle combinazioni economiche (Macinati, Young, 2009; Arcari, 1996; Accabi, Lopez, 1995; Lave J.R., Lave L.B., 1971) e, nonostante si rilevi la tendenza delle aziende italiane a generare soluzioni dirette alla riduzione dell'estensione orizzontale non sono stati rinvenuti molteplici lavori orientati in questa direzione ad eccezione, per certi versi, di quello di Daidone e D'Amico (2009). Al fine di colmare questo *gap* in letteratura l'obiettivo del presente lavoro è quello di condurre un'analisi esplorativo-descrittiva della variazione dell'indice di specializzazione delle aziende sanitarie, pubbliche e private, in Italia negli anni 2001 e 2005 al fine di contribuire al dibattito internazionale.

A tale scopo, dopo l'analisi del background teorico di riferimento e della letteratura internazionale (§ 2), è stato individuato un campione riferimento (§ 3) e una metodologia di ricerca (§ 4). Infine, si è passati alla valutazione dei risultati (§ 5), allo scopo di trarre delle conclusioni di sintesi (§ 6).

2. Background teorico e analisi della letteratura internazionale

Come accennato nel paragrafo precedente, le scelte relative all'estensione orizzontale delle combinazioni economiche² possono dar luogo a fenomeni di specializzazione.

La dottrina economico aziendale classifica la specializzazione delle attività economiche in tre categorie³ e quella cui può dar luogo una strategia orientata alla riduzione dell'estensione orizzontale delle combinazioni economiche rimanda alla specializzazione nell'ambito di ciascuna classe di istituti. Questa fattispecie, con riferimento agli istituti pubblici attiene alla gamma di servizi

pubblici da essi erogati nello specifico per aziende sanitarie si sostanzia nell'ampiezza della gamma di attività e prestazioni che devono essere approntate per far fronte alle finalità istituzionali.

Diversi studi internazionali hanno investigato in primo luogo le ragioni alla base delle scelte di specializzazione, successivamente si sono focalizzati nella identificazione di diversi indici per la misurazione del grado di specializzazione, infine hanno analizzato i fattori e le variabili in grado di influenzare tali scelte (Eastaugh, 2006; Dayhoff, Cromwell, 1993; Farley, Hogan 1990; Dranove, 1987; Daidone, D'Amico, 2009).

In primo luogo, la letteratura mette in luce come la scelta di specializzarsi su uno specifico *set* di prestazioni sia il risultato di una serie di scelte aziendali derivanti dalla necessità di:

- ridurre i costi offrendo solo quelle prestazioni che si possono erogare a maggiori livelli di efficienza e per le quali si sfruttano i vantaggi derivanti dalle economie di scala;
- differenziarsi rendendo unico il proprio portafoglio prodotti aumentando la qualità delle cure (Eastaugh, 1992; Dranove, 1987; Farley 1985; Joskow, 1980);
- aumentare il potere di mercato;
- realizzare migliori performance economico-finanziarie specializzandosi nell'erogazione delle prestazioni più remunerative (Tiwari, Heese, 2009; Dranove, 1987);
- rispondere a pressioni e vincoli derivanti dal sistema istituzionale di riferimento (Zwanzinger *et al.*, 1996).

In secondo luogo, per determinare il grado di specializzazione delle aziende sanitarie vengono utilizzati in letteratura una serie di indicatori basati sul numero dei servizi offerti o sul *case-mix* dei pazienti dimessi.

La prima categoria di indicatori dimostra soltanto se una prestazione è presente o meno nel portafoglio prodotto delle aziende. Nello specifico, tali misure non sono collegate in alcun modo ai volumi di produzione indicano la presenza/assenza di una prestazione rispetto a un *set* predeterminato di prestazioni. Alcuni di questi indici fanno riferimento al:

- i) Guttman Scale Index (Edwards Miller, Schumacher, 1972);
- ii) Berry Groupings (Berry, 1973).

La seconda categoria di indicatori misura la specializzazione delle aziende prendendo in considerazione non solo le tipologie di prestazioni erogate ma anche i volumi di produzione (dimessi). Questa categoria di indici basati dunque sul *case-mix* dei pazienti dimessi fanno riferimento:

- i) «all'information theory index (ITI)» (Eastough, 2006; Dayhoff, Cromwell, 1993);
- ii) alla percentuale di casi trattati in ospedale nelle n categorie più comuni (Dayhoff, Cromwell, 1993);
- iii) al numero di categorie o linee di produzione nelle quali l'azienda tratta i diversi casi (Dayhoff, Cromwell, 1993);
- iv) all'indice interno di specializzazione o «Herfindahl-Hirschman index (HHI)» (Jiang, 2006; Zwanzinger *et al.*, 1996);
- v) all'indice di Gini (Daidone, D'Amico, 2009);
- vi) all'indice dinamico della quota di mercato adattato per Drg (Dranove, 1989).

Per il calcolo di questi indici si può ricorrere a diverse modalità di classificazione dei casi trattati dall'azienda. In particolare, si può utilizzare il sistema dei Drg (*Diagnosis Related Groups*), degli MDC (*Major Diagnostic Categories*) oppure, in alternativa, le linee di produzione o «DRG cluster» (Daidone, D'Amico, 2009; Fabbri, 2003). Ai fini del presente lavoro è utilizzato l'indice interno di specializzazione (Herfindahl-Hirschman index) le cui modalità di costruzione sono specificate nel § 4.

In terzo luogo, le ricerche esaminate hanno investigato sui fattori e sulle variabili in grado di influenzare la specializzazione delle aziende mediante lo sviluppo di modelli di regressione. Ciò non rientra tra gli obiettivi del presente lavoro. Tuttavia, le ricerche empiriche suggeriscono che da un punto di vista descrittivo il livello specializzazione delle aziende possa essere studiato sulla base dello status giuridico delle aziende, della tipologia istituzionale della collocazione geografica, cittadina e della dimensione (Lee K.S., Chun, Lee J.S., 2008; Eastough, 2006; Farley, Hogan, 1990; Dranove, 1987).

Alla luce dei contributi provenienti dalla letteratura è stata definita la seguente domanda di ricerca:

in che modo è variato l'indice di specializzazione delle aziende sanitarie pubbliche e private in Italia tra il 2001 e il 2005?

L'obiettivo del lavoro è quindi quello di indagare il livello di specializzazione delle aziende sanitarie pubbliche e private. A tal fine, è stato calcolato l'indice di specializzazione (§ 4.1) per 739 aziende (§ 3), raggruppate secondo diversi criteri (§ 4.2).

3. Il campione e la fonte dei dati

Il campione di riferimento è costituito da 739 aziende sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per acuti. Il periodo di riferimento sono gli anni 2001 e 2005.⁴

Le tipologie di aziende considerare nel campione con riferimento alle aziende pubbliche sono:

- Aziende sanitarie locali (Asl);⁵
- Aziende ospedaliere (A.O.);
- Policlinici universitari (P.U.);⁶
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs).

Per quanto riguarda le aziende private il campione è costituito da:

- Case di cura (C.C.);
- Ospedali classificati (O.C.);⁷
- Policlinici universitari (P.U. Privati);
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs privati).

I dati necessari per la ricerca provengono: a) dal Ministero della salute per quanto attiene ai *data set* contenenti per ogni singola azienda del campione le informazioni relative (i) all'anagrafica e (ii) i dati riguardanti il numero e la tipologia dei Drg erogati, numero di dimessi e modalità di dimissione; b) dal sito internet dell'Istituto nazionale di statistica nel quale sono stati scaricati i dati relativi alla popolazione residente.

4. Metodologia della ricerca

Per raggiungere gli obiettivi del lavoro è stato calcolato l'indice di specializzazione (§ 4.1) e sono state definite le modalità di classificazione delle aziende del campione

(§ 4.2). I dati a disposizione sono stati sottoposti ad analisi statistica descrittiva attraverso l'ausilio di *excel* e *Spss*.

4.1. Calcolo dell'indice di specializzazione

Sulla base dei presupposti teorici provenienti dalla letteratura internazionale è stato scelto come strumento per misurare la specializzazione delle aziende sanitarie l'indice interno di specializzazione HHI (Herfindahl-Hirschman index) (Jiang, 2006; Zwanzinger *et al.*, 1996).

Ai fini del calcolo dell'indice i 523 Drg presenti per ogni singola azienda sanitaria sono stati raggruppati in 38⁸ linee di produzione, coerentemente con le pratiche internazionali (Eastaugh, 2008; Fabbri, 2003; Farley, Hogan, 1990).

L'adozione delle linee di produzione permette di classificare l'attività delle aziende in gruppi di Drg caratterizzati da standard produttivi omogenei. Ognuna delle 38 linee di produzione raggruppa le *n* prestazioni sanitarie sulla base del Drg afferente alla medesima linea di produzione.

L'indice interno di specializzazione HHI è dato dalla somma dei quadrati dei dimessi per ogni singola linea di produzione (espressi in percentuale) (Eastaugh, 2008; Jiang, 2006; Farley, Hogan, 1990):

$$\sum_i (L.P._i)^2$$

dove $L.P._i$ è la percentuale dei dimessi dell'azienda per la *i*-esima linea di produzione.

Il valore di HHI è sempre positivo e, al massimo pari a 10.000 nel caso di massima specializzazione. Tale indice è stato calcolato per le 739 aziende del campione.

La variazione dell'indice di specializzazione tra gli anni considerati è calcolata come rapporto tra l'indice di specializzazione nel 2005 e l'indice di specializzazione nel 2001.

4.2. Le modalità di classificazione delle aziende del campione

Di seguito sono esposti i criteri utilizzati per classificare le aziende del campione alla luce dei presupposti provenienti dalla letteratura internazionale esposti nel § 2.

Il primo criterio di classificazione attiene allo *status giuridico delle aziende*, pubblico o privato e il secondo *al tipo di azienda* in relazione all'attività istituzionale svolta. Il campione è stato classificato tenendo conto delle indicazioni presentate nel § 3.

Il secondo criterio di classificazione fa riferimento allo *status* di «*ospedale di insegnamento*». Nello studio, con il termine «ospedali di insegnamento» ci si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Ssn», secondo quanto stabilito dal D.L.vo 517/99 includendo in questa categoria anche le «Aziende ospedaliere integrate con l'Università», cioè le A.O. in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e chirurgia. Le aziende rientranti in questa fattispecie sono state individuate sulla base delle indicazioni fornite dai dati del Ministero della salute.

Per la *collocazione geografica* delle aziende si è fatto riferimento alle tre macroaree del Paese: Nord, Centro e Sud.

In fine le aziende sono state classificate secondo la *collocazione cittadina*. Le aree cittadine individuate sono quattro: area metropolitana, sub-metropolitana, urbana e suburbana. Le aree cittadine sono state identificate tenendo presente la seguente classificazione delle città:

- i) area metropolitana città di: Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Roma, Torino, Venezia, Cagliari, Messina, Catania, Palermo, Sassari, Trieste;
- ii) area sub-metropolitana: città e comuni collocati nella provincia delle città metropolitane;
- iii) area urbana: 102⁹ città capoluogo di provincia;
- iv) all'area suburbana: città e comuni collocati nella provincia delle città capoluogo di provincia.

Per la classificazione si è presa in considerazione la sede legale della struttura principale riportata nell'anagrafica del Ministero della salute. Questa classificazione tuttavia, riflette un limite riscontrato nel fatto che le sub-strutture di alcune aziende potrebbero essere collocate in zone non rientranti nel

perimetro identificato delle aree precedentemente elencate.

Il criterio di classificazione con riferimento alla dimensione aziendale sono i posti-letto (**tabella 1**). Le aziende sono state classificate nelle classi: piccole, medie e grandi in relazione a un *range* di posti-letto.¹⁰

Classi di posti-letto	Dimensione
≤ 120	Piccola
120-800	Media
> 800	Grande

5. I risultati

Nei paragrafi che seguono sono esposti di risultati della ricerca. Il § 5.1 fornisce una rappresentazione descrittiva del campione di riferimento mentre il § 5.2 presenta la statistica descrittiva relativa all'indice di specializzazione per gli anni 2001 e 2005.

5.1. La statistica esplorativo-descrittiva del campione di riferimento

La **tabella 2** mostra la composizione del campione di riferimento in valori assoluti e percentuali in relazione alla forma giuridica, pubblica o privata. Dall'analisi dei dati emerge che il 63% delle aziende considerate sono aziende sanitarie private, mentre il 37% aziende pubbliche. Per quanto riguarda le aziende private presenti nel campione al 2001 queste rappresentano il 77% circa del totale delle aziende private presenti nel territorio nazionale nell'anno di riferimento mentre, quelle pubbliche sono il 93%. Per quanto riguarda il 2005 le aziende private presenti

nel campione rappresentano il 74% del totale aziende private presenti nel territorio nazionale nell'anno di riferimento mentre quelle pubbliche rappresentano il 97% del totale. Sempre nella stessa tabella è illustrata la composizione del campione in relazione alla tipologia di azienda. Il 63% circa delle aziende sanitarie private è composto per il 57% da Case di cura, seguono gli Ospedali classificati con il 3,7 %, gli Irccs con l'1,76% e i Policlinici privati con appena lo 0,15%.

Il 37% delle aziende sanitarie pubbliche sono rappresentate per il 22 % da Asl per il 10% circa da aziende ospedaliere mentre, Irccs e Policlinici universitari, rappresentano rispettivamente il 2,7% e 1,7% del campione.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica di tutte le aziende del campione il 40% delle aziende considerate siano collocate nel nord del Paese, il 39% al sud e il 21% al centro. Nello specifico, con riferimento alle aziende pubbliche (**tabella 3**) emerge che il 47% delle aziende sono collocate al nord, segue il sud e il centro con il 34% e 19%.

Tabella 1

Classi posti-letto

Fonte: elaborazione personale dell'autore

	Tipo azienda	Valori assoluti	Valori in %
Aziende private	<i>Case di cura</i>	424	57,37%
	<i>Irccs</i>	13	1,76%
	<i>Ospedali classificati</i>	27	3,65%
	<i>Policlinici Universitari</i>	1	0,14%
Totale privato (a)		465	62,92%
Aziende pubbliche	<i>Aziende Ospedaliere</i>	80	10,83%
	<i>Irccs</i>	20	2,71%
	<i>Als</i>	164	22,19%
	<i>Policlinici Universitari</i>	10	1,35%
Totale pubblico (b)		274	37,08%
Totale complessivo (a + b)		739	100%

Tabella 2

Composizione del campione

Fonte: elaborazione personale dell'autore su dati del Ministero della salute

Tabella 3

Distribuzione geografica delle aziende pubbliche per tipologia d'azienda in valori percentuali

Fonte: elaborazione personale dell'autore su dati del Ministero della salute

	Nord	Centro	Sud	Totale
Aziende Ospedaliere	59%	11%	30%	100%
Irccs	50%	25%	25%	100%
Als	43%	22%	35%	100%
Policlinici Universitari	10%	20%	70%	100%
Totale	47%	19%	34%	100%

Tabella 4

Distribuzione geografica delle aziende private per tipologia d'azienda in valori percentuali

Fonte: elaborazione personale dell'autore su dati del Ministero della salute

	Nord	Centro	Sud	Totale
Case di cura	34%	22%	44%	100%
Irccs	62%	15%	23%	100%
Ospedali classificati	52%	26%	22%	100%
Policlinici universitari	0%	100%	0%	100%
Totale	36%	22%	42%	100%

Tabella 5

Composizione degli ospedali di insegnamento

Fonte: elaborazione personale dell'autore su dati del Ministero della salute

Ospedali di insegnamento			
Natura giuridica	NO	SI	
Privato	464	1	465
Pubblico	244	30	274
Totale	708	31	739

Le strutture private (**tabella 4**) sono collocate per la maggior parte nel sud del Paese (42%), segue il nord (36%) e il centro (22%). In particolare, al sud sono presenti in misura maggiore Case di cura private rispetto alle altre tipologie, mentre il nord è caratterizzato dalla presenza di Irccs e ospedali religiosi.

Nella **tabella 5** è esposta la numerosità degli ospedali di insegnamento per natura giuridica. Dai dati emerge che tale fattispecie di ospedali è composta da 31 unità, di cui solo uno è privato.

5.2. La statistica esplorativo-descrittiva dell'indice di specializzazione

Di seguito vengono esposti i principali risultati dell'analisi esplorativa descrittiva relativi all'indice di specializzazione per gli anni 2001 e 2005 modulati: per natura giuridica, tipo di azienda, collocazione geografica e collocazione cittadina.

La **tabella 6** illustra una panoramica sintetica del fenomeno oggetto di studio esponendo i valori dell'andamento medio dell'indice di specializzazione tra il 2001 e il 2005. A seguire nel paragrafo per ogni singola tipologia di azienda¹¹ vengono riportati i valori di statistica descrittiva relativi non solo alla media ma anche alla mediana, valore massimo e minimo, deviazione standard, coefficiente di variazione e distribuzione percentile dei valori dell'indice. Per alcune tipologie di aziende è stata fornita anche una rappresentazione grafica della distribuzione dei valori dei decili.

La **tabella 6** e la **figura 1** mostrano che l'indice di specializzazione è cresciuto in media per la totalità delle aziende del campione, tra il 2001 e il 2005 registrando una variazione pari a 1,09. Nello specifico, se si analizza tale variazione per natura giuridica delle aziende del campione, le aziende private si sono specializzate di più rispetto a quelle pubbliche.

In linea generale, con riferimento alle aziende pubbliche emerge che gli Irccs, seguiti dalle Asl, si sono specializzati di più rispetto alle altre categorie infatti, la variazione della media dell'indice di specializzazione registra rispettivamente dei valori pari a 1,07 e 1,03. Nella tipologia delle aziende private sono invece le Case di cura e gli Ospedali classificati a registrare i valori più alti relativi della variazione dell'indice di specializzazione pari a 1,14 e 1,05, a conferma che nel tempo queste tipologie di aziende hanno ridotto la gamma delle prestazioni da offrire al paziente utente.

Per quanto riguarda le Aziende ospedaliere (**tabella 7**) la media dell'indice di specia-

lizzazione per il 2001 è pari a 653 mentre per il 2005 a 630. L'andamento medio dell'indice di specializzazione per il periodo considerato risulta in lieve diminuzione. L'andamento medio dell'indice è confermato anche dai valori della mediana rispettivamente pari a 503 per il 2001 e 494 per il 2005. Negli anni considerati è aumentato il valore minimo osservato (passando da 400 a 406) mentre è diminuito quello massimo (passando da 4220 a 3.676). La distribuzione percentile ha risentito dei valori più bassi assunti dall'indice di specializzazione. Ad esempio, nel 2001 al di sotto del valore 805 erano collocate il 90% delle osservazioni mentre nel 2005 da 805 si è passati a 724. Alla luce delle informazioni di statistica descrittiva¹² si desume che il livello di specializzazione delle aziende ospedaliere è leggermente diminuito nel periodo considerato.

Per quanto riguarda le Asl (**tabella 8**) la media dell'indice di specializzazione per il 2001 è pari a 590 mentre per il 2005 a 604. L'andamento medio dell'indice di specializzazione, in lieve aumento, trova riscontro nel trend dei valori mediani dello stesso rispettivamente pari a 542 per il 2001 e 548 per il 2005. Negli anni considerati è diminuito sia il valore minimo osservato (passando da 436 a 433) che quello massimo (passando da 3671 a 3247).

Nella **figura 2** è presente una rappresentazione grafica dei valori dei decili per le Asl. Se si osserva la linea che descrive l'andamento dei valori decili al 2005 in particolare dall'8° al 9° decile essa, è collocata al di so-

Tipo azienda	Indice specializzazione		
	2001	2005	Variazione 05/01
Aziende pubbliche	731,74	739,0	1,02
A.O.	653,37	630,4	0,98
Asl	590,55	604,0	1,03
Irccs	2194,85	2326,7	1,07
Policlinico U.	748,04	647,0	0,92
Aziende private	2512,10	2666,8	1,13
Casa di cura	2610,65	2781,1	1,14
Irccs P.	2343,90	2245,5	0,95
Ospedale classificato	1108,76	1147,2	1,05
Policlinico U.P.	804,06	704,0	0,88
Totale	1851,99	1952,0	1,09

pra della linea del 2001. L'andamento della mediana, della media e dei valori dei decili mostra come le Asl si siano specializzate nel periodo considerato.

Le considerazioni relative all'andamento dei valori dei decili per le Asl possono essere traslate alla categoria degli Irccs pubblici come si evince dalla **figura 3**. Facendo riferimento alla **tabella 9** la media dell'indice di specializzazione per gli Irccs pubblici tra il 2001 e il 2005 è passata da 2194 a 2326, la mediana da 1797 a 2176, sia il valore minimo osservato (passando da 551 a 530) che quello massimo (passando da 6338 a 5471) sono diminuiti. In conside-

Tabella 6

Media dell'indice di specializzazione per natura giuridica e tipo di azienda
Fonte: elaborazione personale dell'autore

Figura 1

Variazione dell'indice di specializzazione per gli anni 2001-2005 per tipo di azienda
Fonte: elaborazione personale dell'autore

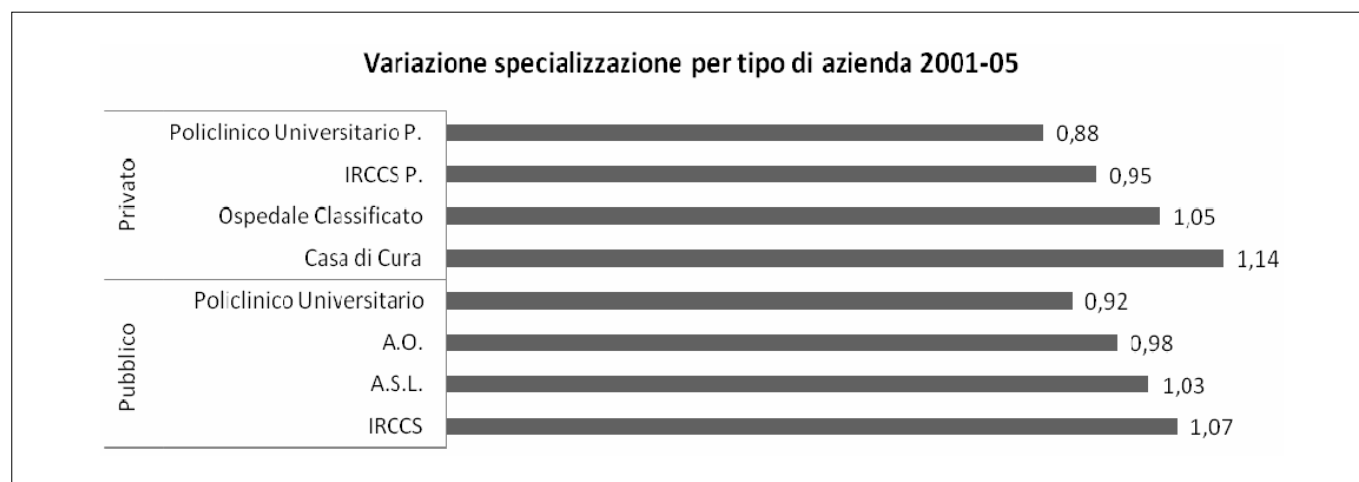


Tabella 7

Statistica descrittiva per le aziende ospedaliere

Fonte: elaborazione personale dell'autore

AZIENDE OSPEDALIERE			2001	2005
Media			653,40	630,40
Mediana			503,10	494,80
Deviazione std.			583,70	564,01
Coefficiente variaz.			0,89	0,89
Minimo			400,81	406,78
Massimo			4220,07	3676,82
Percentili	10		438,84	437,64
	20		451,97	451,46
	30		480,24	462,00
	40		488,81	483,85
	50		503,06	494,82
	60		522,06	521,60
	70		541,36	539,98
	80		585,40	592,77
	90		805,17	724,51

Tabella 8

Statistica descrittiva per le Asl

Fonte: elaborazione personale dell'autore

ASL			2001	2005
Media			590,55	604,04
Mediana			542,18	548,48
Deviazione std.			288,765	275,754
coefficiente variaz.			0,489	0,457
Minimo			436	433
Massimo			3671	3247
Percentili	10		480,17	466,46
	20		496,82	501,92
	30		512,59	516,53
	40		527,13	534,51
	50		542,18	548,48
	60		555,69	568,55
	70		581,64	593,61
	80		606,70	642,98
	90		688,65	709,01

razione dell'andamento dei valori esposti in tabella 9 anche gli Irccs pubblici insieme alle Asl si sono specializzati nel 2005 rispetto al 2001.

Per quanto riguarda i policlinici universitari pubblici (**tabella 10**) la media dell'indice di specializzazione per il 2001 è pari a 748 mentre per il 2005 a 646. L'andamento medio dell'indice di specializzazione per il periodo considerato è in lieve diminuzione. I valori della mediana sono rispettivamente pari a 595 per il 2001 e 607 per il 2005. Negli anni considerati è aumentato il valore minimo osservato (passando da 451 a 466) mentre è diminuito quello massimo (passando da 1512 a 1008). La distribuzione dei valori dei decili ha risentito dei valori più bassi assunti dall'indice di specializzazione. Alla luce della rappresentazione grafica (**figura 4**) dei valori dei decili della distribuzione, dei valori relativi alla media e mediana il livello di specializzazione dei policlinici pubblici è leggermente diminuito.

Con riferimento alle Case di cura private (**tabella 11**) la media dell'indice di specializzazione tra il 2001 e il 2005 è passata da 2610 a 2781, la mediana da 1391 a 1575. Negli anni considerati è diminuito sia il valore minimo osservato (passando da 592 a 590) mentre quello massimo è rimasto invariato. La **figura 5** fornisce una rappresentazione grafica dei valori dei decili della distribuzione per questa categoria di *provider*.

In considerazione della mediana, media e dei valori dei decili questa categoria di *provider* si è leggermente specializzata tra il 2001-05. Alle stesse conclusioni si giunge se si analizzano i dati riferiti agli Ospedali classificati (media 2001: 1108; media 2005: 1147; mediana 2001: 682; mediana 2005: 683). La **figura 6** mostra la rappresentazione grafica dei decili degli Ospedali classificati. (**tabella 12**)

Per quanto riguarda gli Irccs privati (**tabella 13**) la media dell'indice di specializzazione per il 2001 è pari a 2343 mentre per il 2005 a 2245. L'andamento medio dell'indice di specializzazione per il periodo considerato è in lieve diminuzione ed è confermato anche dai valori della mediana rispettivamente pari a 2020 per il 2001 e 1624 per il 2005. Negli anni considerati è diminuito il valore minimo osservato (passando da 519 a 509) e anche quello massimo (passando da 5295

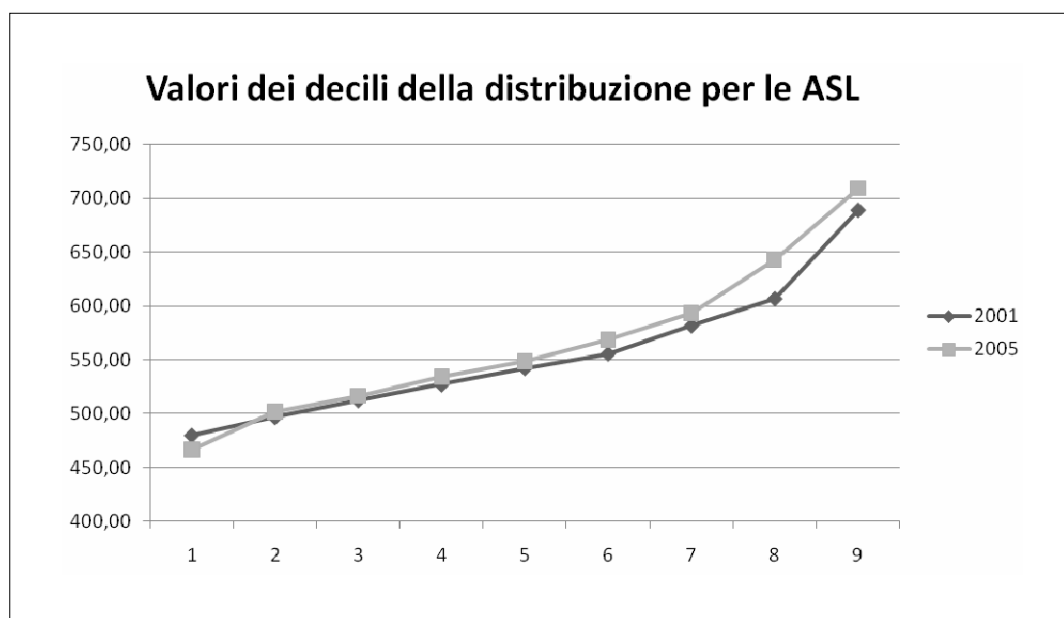


Figura 2
Valori dei decili della distribuzione per le ASL
Fonte: elaborazione personale dell'autore

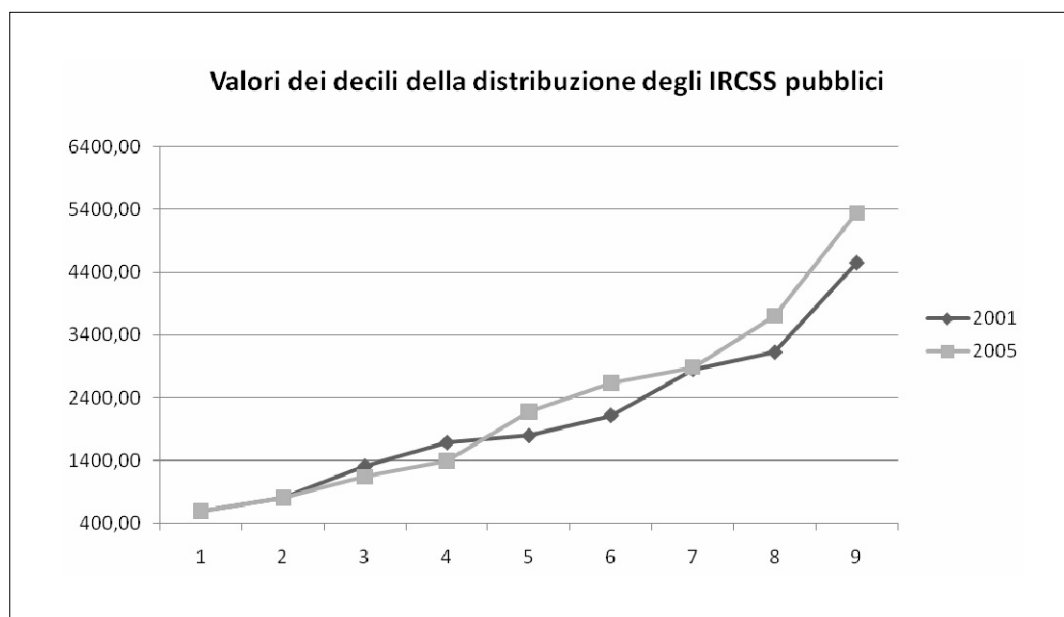


Figura 3
Valori dei decili della distribuzione per gli Irccs pubblici
Fonte: elaborazione personale dell'autore

a 4677). La distribuzione percentuale relativa all'indice di specializzazione ha risentito dei valori più bassi assunti dall'indice di specializzazione. Alla luce delle informazioni di statistica descrittiva si desume che il livello di specializzazione degli Irccs privati è leggermente diminuito.

Le tabelle precedenti (tabelle 7-13) mostrano il valore minimo, il valore massimo

dell'indice di specializzazione per gli anni 2001 e 2005. Tale informazione è stata inserita anche con l'intento di verificare se nel campione siano presenti aziende che offrono tutte le linee di produzione o solo una di esse.

Dai dati emerge che nessuna delle aziende del campione registra valori minimi prossimi allo zero, perciò nessuna di esse eroga tutte

Tabella 9

Statistica descrittiva per gli Irccs pubblici

Fonte: elaborazione personale dell'autore

IRCCS pubblici			2001	2005
Media			2194,85	2326,72
Mediana			1797,17	2176,72
Deviazione std.			1470,754	1548,947
Coefficiente variaz.			,670	,666
Minimo			551	530
Massimo			6338	5471
Percentili	10		594,09	595,31
	20		810,53	809,75
	30		1312,65	1142,90
	40		1688,76	1398,41
	50		1797,17	2176,72
	60		2120,87	2637,56
	70		2850,45	2886,96
	80		3123,21	3704,03
	90		4544,61	5343,18

Tabella 10

Statistica descrittiva per i policlinici pubblici

Fonte: elaborazione personale dell'autore

Policlinici pubblici			2001	2005
Media			748,04	646,96
Mediana			595,80	607,50
Deviazione std.			336,748	179,056
Coefficiente variaz.			0,450	0,277
Minimo			451	466
Massimo			1512	1008
Percentili	10		459,44	466,72
	20		539,88	483,75
	30		553,81	529,37
	40		577,22	570,34
	50		595,80	607,50
	60		618,19	647,97
	70		832,41	662,47
	80		1082,28	857,25
	90		1473,36	997,31

le linee di produzione identificate nello studio.

Per quanto riguarda il valore massimo, nell'insieme delle aziende pubbliche non è presente alcun valore prossimo a 10000; ovvero massima specializzazione, al contrario di quanto accade per le aziende private. Infatti, alla luce di ciò si è andati a identificare il numero dei *provider* che registrano massima specializzazione. Per il 2001, 13 Case di cura registrano un indice di specializzazione pari a 10000, considerando invece le aziende che registrano un indice di specializzazione compreso tra 9000 e 10000 le aziende passano a 40 (39 Case di cura e un solo Ospedale classificato) ovvero il 5,4% sulla totalità del campione e l'8,6% se si considerano solo i privati. Con riferimento al 2005, 18 Case di cura registrano un indice di specializzazione pari a 10000, considerando un *range* dell'indice da 9000-10000 le aziende rimangono sempre 40 (39 Case di cura e un solo Ospedale classificato).

La **tabella 14** mostra per la categoria degli ospedali di insegnamento, individuati secondo quanto esposto nel paragrafo precedente, la tendenza di queste aziende a specializzarsi¹³ meno rispetto alla totalità delle aziende pubbliche.¹⁴

Con riferimento alle sole aziende pubbliche,¹⁵ la **tabella 15** espone la variazione dell'indice di specializzazione 05/01 per tipologia di aziende A.O. e Asl per classi di posti-letto. Dai dati emerge che nel tempo a specializzarsi di più sono state le aziende di piccole (≤ 120 posti-letto) e medie dimensioni (120-800 posti-letto) (Asl). Poiché le aziende afferenti alla classe dimensionale «piccola» sono solo 4 Asl, tale dato è da ritenersi non significativo tuttavia gli altri dati riflettono la tendenza delle aziende di medie dimensioni a specializzarsi maggiormente rispetto a quelle più grandi.

Con riferimento alla collocazione geografica, la **tabella 16** mostra come la variazione dell'indice di specializzazione tra il 2005 e il 2001 sia stata maggiore nelle aziende collocate nel centro del Paese anche in relazione alla natura giuridica, seguono quelle del nord quelle del sud. La tabella espone inoltre il numero di aziende presenti in ciascuna area geografica.

Prendendo a riferimento la collocazione geografica per regione, come si evince dai

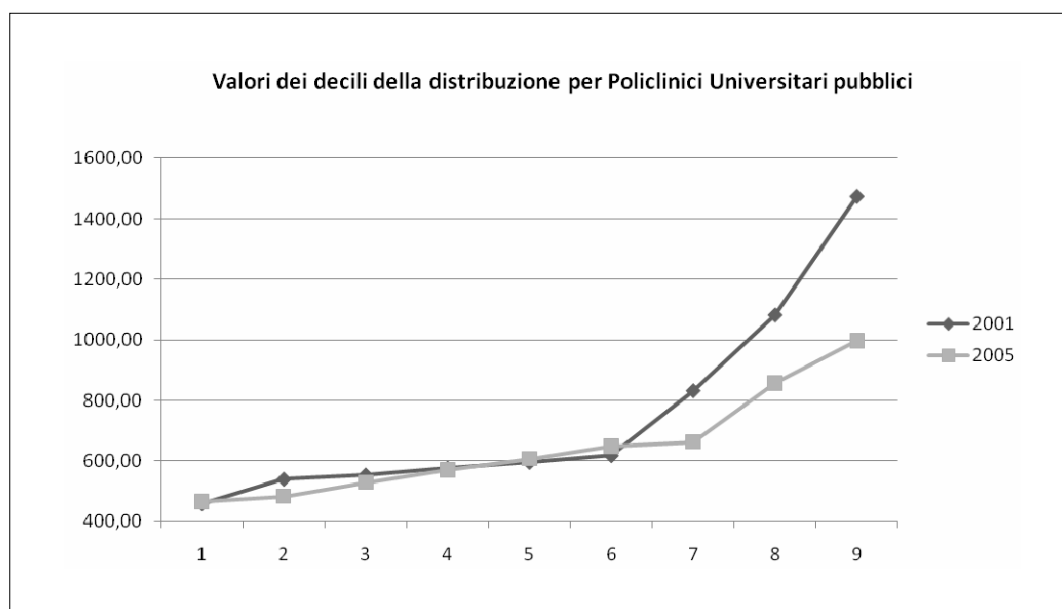


Figura 4
Valori dei decili della distribuzione per i Policlinici universitari pubblici

dati riepilogati nella **figura 7**, la provincia autonoma di Trento, Umbria e Abruzzo, registrano nel tempo la variazione dell'indice di specializzazione più significativa. In considerazione del valore assunto dalla provincia autonoma di Trento, le analisi sono state replicate escludendo dal campione le aziende 3 aziende afferenti alla medesima provincia autonoma.¹⁶ La variazione dell'indice di specializzazione nel caso di esclusione di Trento assume un valore pari a 1,083 e le conclusioni cui si giunge rimangono le medesime.

Il grafico isola per ogni singolo Ssr le aziende pubbliche da quelle private e:

i) con riferimento al settore pubblico sulla base della variazione dell'indice di specializzazione regionale (var. I.S.R.) emerge che Marche (var. I.S.R.: 1,12), Puglia (var. I.S.R.: 1,09), Veneto (var. I.S.R.: 1,08), Toscana (var. I.S.R.: 1,06), Campania (var. I.S.R.: 1,04) e infine Piemonte, Calabria, Bolzano (var. I.S.R.: rispettivamente: 1,01) sono i sistemi sanitari regionali che si sono specializzati di più nel tempo rispetto agli altri;

ii) con riferimento al settore privato, si rivela la tendenza a una maggiore specializzazione nel tempo di tutti Ssr ad esclusione della Sicilia. Per le regioni Toscana, Basilicata e Val d'Aosta non sono presenti nel campione

Case di cura private			
		2001	2005
Media		2610,65	2781,12
Mediana		1391,01	1575,14
Deviazione std.		2736,057	2734,072
Coefficiente variaz.		1,048	0,983
Minimo		592	590
Massimo		10000	10000
Percentili	10	818,71	841,83
	20	936,22	1006,50
	30	1089,33	1187,50
	40	1220,19	1381,89
	50	1391,01	1575,14
	60	1643,31	1931,23
	70	2174,16	2496,22
	80	3272,74	3862,16
	90	8286,44	8375,82

aziende private. Di seguito sono riportate le regioni e la variazione dell'indice specializzazione regionale (var. I.S.R.) in ordine crescente: Umbria (var. I.S.R.: 1,67), Prov. Auton. Trento (var. I.S.R.: 1,65), Abruzzo (var. I.S.R.: 1,42), Piemonte (var. I.S.R.: 1,30), Friuli Venezia Giulia (var. I.S.R.: 1,26); Prov. Auton. Bolzano ed Emilia Romagna (variazione var. I.S.R.: 1,16), Cala-

Tabella 11
Statistica descrittiva per le Case di cura private
Fonte: elaborazione personale dell'autore

Figura 5

Valori dei decili della distribuzione per le Case di cura private
 Fonte: elaborazione personale dell'autore

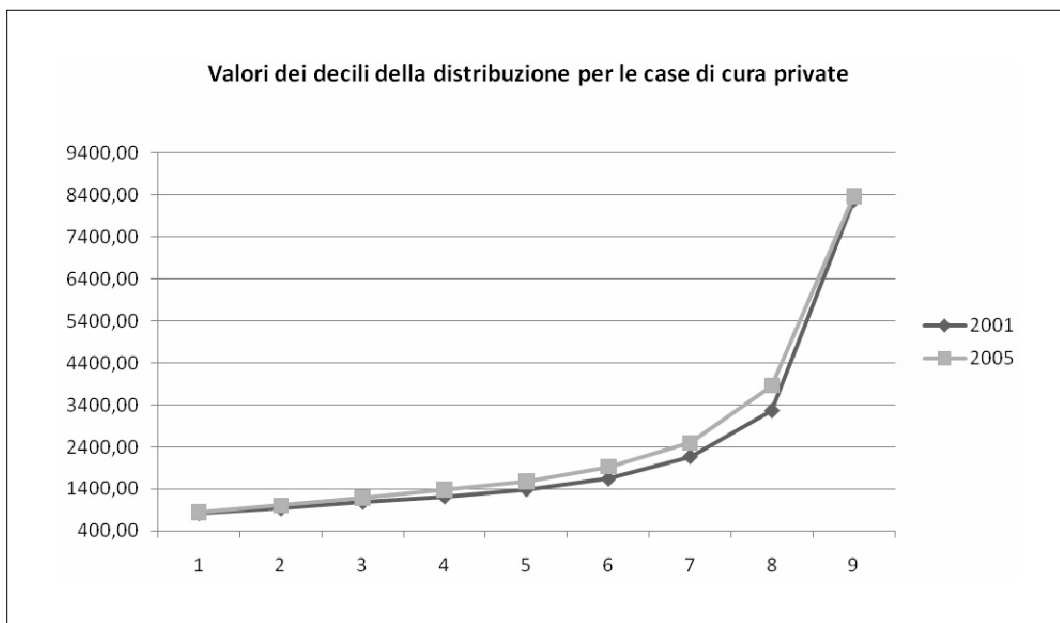
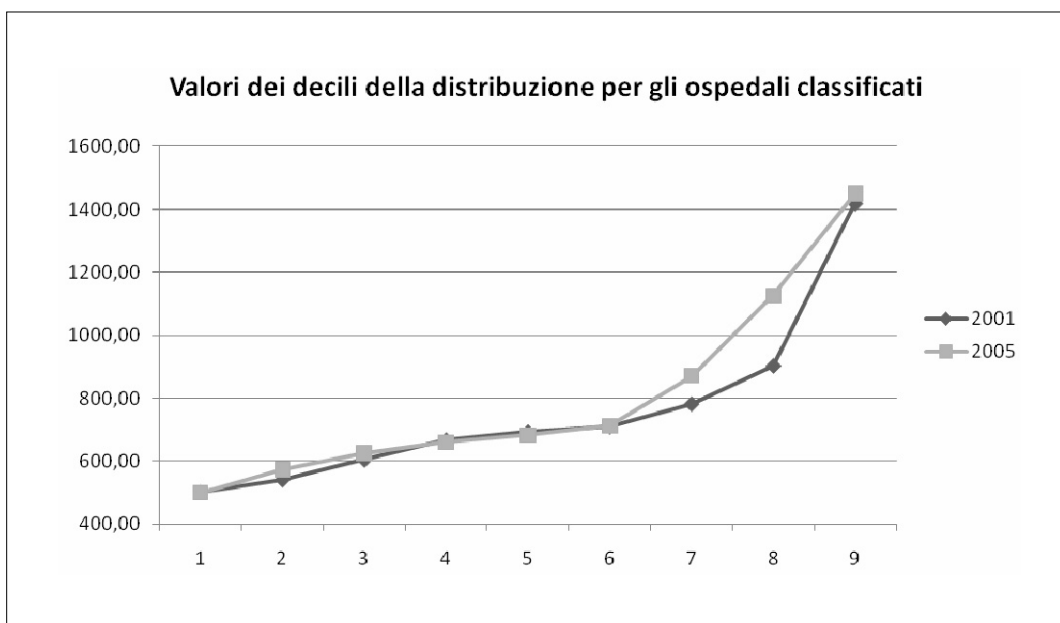


Figura 6

Valori dei decili della distribuzione per gli Ospedali classificati
 Fonte: elaborazione personale dell'autore



bria e Veneto (var. I.S.R.: 1,15) Lazio (var. I.S.R.: 1,14), Molise (var. I.S.R.:1,13); Sardegna (var. I.S.R.: 1,12); Marche (var. I.S.R.: 1,10); Puglia e Lombardia (var. I.S.R.: 1,09); Liguria (var. I.S.R.:1,05); Campania (var. I.S.R.:1,03).

Nella **figura 8** rifacendosi alla collo-

cazione cittadina delle aziende, si evince come le aziende collocate nelle realtà sub metropolitane e urbane abbiamo adottato strategie di specializzazione rispetto alle altre categorie. Nello specifico, le aziende pubbliche che si sono specializzate meno nel tempo sono quelle collocate nell'area metropolitana.

6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

Questo lavoro si è proposto di descrivere la variazione dell'indice di specializzazione delle aziende sanitarie pubbliche e private in Italia per il periodo 2001-2005. L'esame dei risultati esposti nel paragrafo precedente permette di tracciare delle considerazioni in merito al fenomeno oggetto di studio. In linea generale si è assistito per tutte le unità d'indagine a una variazione in media dell'indice di specializzazione pari a 1,09 (tabella 6), (calcolato come rapporto tra indice di specializzazione 2005 e indice di specializzazione 2001). Anche l'andamento dei valori mediani e dei decili conferma la tendenza delle aziende a ridurre la varietà di prestazioni sanitarie erogate attraverso l'adozione di scelte orientate alla riduzione l'estensione orizzontale delle combinazioni economiche.

Dal lavoro in estrema sintesi emerge che:

- per tutte le unità d'indagine si è assistito a una variazione dell'indice di specializzazione nel periodo di tempo considerato;
- il privato si è specializzato di più rispetto al pubblico;
- le Asl si sono specializzate maggiormente rispetto alle A.O. questa potrebbe essere considerata una peculiarità del caso italiano come risposta ai cambiamenti istituzionali intervenuti nello scorso decennio.

Valutazioni e argomentazioni sull'andamento dell'indice di specializzazione per le aziende private

In particolare, in relazione allo status giuridico le aziende private si sono specializzate maggiormente rispetto a quelle pubbliche. Se si analizza l'indice per tipologia d'azienda, Case di cura e Ospedali classificati registrano i valori più elevati (tabelle 11 e 12). Tale fenomeno ha interessato tutte le regioni d'Italia. Contestualmente si rileva la presenza di aziende super specializzate, cioè che erogano una sola linea di produzione (indice di specializzazione pari a 10000). La collocazione geografica delle Case di cura mostra che il fenomeno della specializzazione ha interessato maggiormente le aziende collocate

Tabella 12

Statistica descrittiva per gli Ospedali classificati
Fonte: elaborazione personale dell'autore

Ospedali classificati			
		2001	2005
Media		1108,76	1147,22
Mediana		682,80	683,20
Deviazione std.		1813,40	1814,91
Coefficiente variaz.		1,636	1,582
Minimo		470	476
Massimo		9981	10000
Percentili	10	501,48	499,91
	20	541,52	574,41
	30	604,67	624,88
	40	667,95	659,97
	50	692,80	683,20
	60	710,11	712,49
	70	782,33	871,28
	80	903,86	1126,09
	90	1419,63	1450,17

Tabella 13

Statistica descrittiva per gli Irccs privati
Fonte: elaborazione personale dell'autore

IRCCS privati			
		2001	2005
Media		2343,90	2245,53
Mediana		2020,06	1624,97
Deviazione std.		1628,297	1642,390
Coefficiente variaz.		0,695	0,731
Minimo		518	509
Massimo		5295	4677
Percentili	10	524,87	510,24
	20	593,11	612,15
	30	836,27	790,99
	40	1526,11	1225,70
	50	2020,06	1624,97
	60	2884,97	2731,84
	70	3679,10	3521,87
	80	3858,03	4292,85
	90	4919,75	4671,22

Tabella 14

Indice specializzazione per gli ospedali di insegnamento e numerosità del campione

Fonte: elaborazione personale dell'autore

	Indice di specializzazione			Numero di aziende
	2001	2005	Variazione 05/01	
Ospedali di insegnamento	731,74	739,03	1,015	274
SI	1000,02	915,36	0,938	30
NO	698,75	717,35	1,024	244
Totale	731,74	739,03	1,015	274

Classi di posti-letto	Variazione indice di specializzazione 05-01		
	A.O.	Asl	Totale
≤ 120	0	1,072	1,072
121-800	1,000	1,033	1,024
> 800	0,983	0,999	0,990
Totale	0,994	1,029	1,018

Tabella 15

Variazione indice di specializzazione 05/01 per classi di posti-letto solo pubblico

Fonte: elaborazione personale dell'autore

al centro Italia seguite da quelle del nord e del sud del Paese.

In relazione a questi risultati emerge che le aziende private adottano strategie di specializzazione su un determinato profilo di offerta di prestazioni. La tendenza a una maggiore specializzazione del privato è stata rilevata anche da Bensa e Carbone (2007). I risultati del loro lavoro, infatti, mostrano come le strutture private presentino una casistica concentrata su un numero più basso di specialità rispetto a quello delle strutture pubbliche. Il fenomeno della maggiore specializzazione della componente privata rispetto a quella pubblica, sebbene riconducibile a una pluralità di fattori, potrebbe essere stata influenzata dalle convenienze

economiche derivanti dal sistema di finanziamento che caratterizza questa fattispecie di aziende. Per le aziende private la scelta di specializzarsi o meno su uno specifico *set* di prestazioni potrebbe dipendere dal fatto che queste hanno la possibilità di operare liberamente seguendo criteri di convenienza diversi rispetto a quelli che caratterizzano le aziende pubbliche. Anche se in questo stadio delle analisi non si possono ipotizzare delle relazioni causa effetto tra il livello di specializzazione e il sistema di finanziamento, sembra ragionevole argomentare come il passaggio dal sistema di finanziamento a giornata di degenza a quello tariffario basato sui Drg abbia potuto comportare un tendenziale aumento di comportamenti specialistici della componente privata. L'analisi di eventuali relazioni causali tra i due fenomeni saranno oggetto di futuri sviluppi del lavoro.

Un andamento in controtendenza dell'indice di specializzazione rispetto alle Case di cura e agli Ospedali classificati ha interessato gli Irccs privati (tabella 13). L'indice nel tempo è in diminuzione di conseguenza si desume che questa categoria di aziende ha adottato strategie di de-specializzazione. Probabilmente gli

Tabella 16

Variazione indice di specializzazione 05/01 per collocazione geografica

Fonte: elaborazione personale dell'autore

	Privato		Pubblico		Totale spec.
	Indice spec. 05/01	% aziende	Indice spec. 05/01	% aziende	
Nord	1,15	56%	1,013	44%	1,10
Centro	1,17	66%	1,029	34%	1,12
Sud	1,08	68%	1,011	32%	1,06
Totale	1,13	63%	1,015	37%	1,09

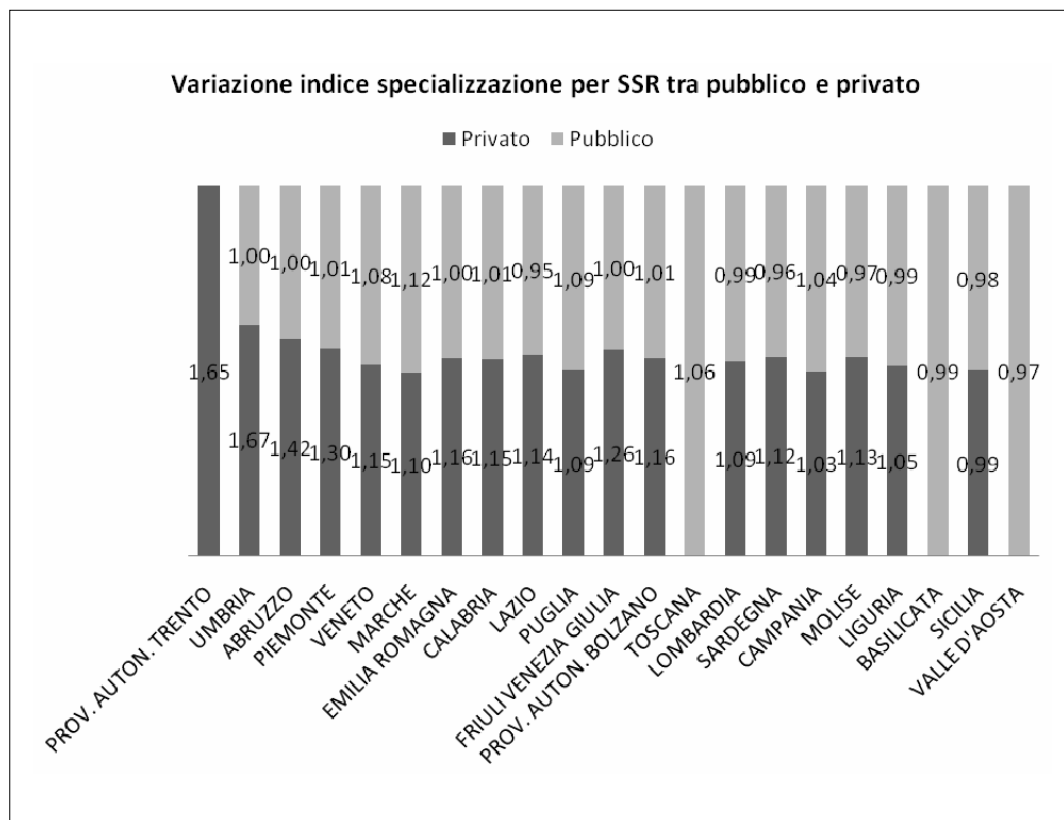


Figura 7
Variazione dell'indice di specializzazione nei Ssr tra pubblico e privato
Fonte: elaborazione personale dell'autore



Figura 8
Variazione delle specializzazioni per collocazione cittadina 2001-05
Fonte: elaborazione personale dell'autore

Ircs privati essendo già sufficientemente specializzati nel 2001 hanno avuto meno incentivi a specializzarsi ulteriormente nel tempo. Le motivazioni sottostanti a tali scelte strategiche saranno oggetto di ulteriori approfondimenti.

Valutazioni e argomentazioni sull'andamento dell'indice di specializzazione per le aziende pubbliche

Per quanto riguarda le aziende sanitarie pubbliche, dall'analisi dei dati è evidente co-

me le stesse abbiano registrato una variazione media dell'indice di specializzazione pari a 1,02 (tabella 6). Il *trend* di crescita dell'indice per i *provider* pubblici è stato influenzato dalla crescita dei valori medi e dall'andamento dei valori mediani principalmente di Asl e Irccs. A livello generale ciò conferma che il trend di specializzazione delle aziende pubbliche è in linea con quanto rilevato per il settore privato, ovvero in leggero aumento. L'autonomia funzionale delle aziende sanitarie pubbliche, che si riferisce alla capacità dell'azienda pubblica di definire in relativa autonomia i caratteri e l'estensione delle proprie combinazioni economiche e la gestione delle stesse (Zangrandi, 2003), sembra essere in questo caso diretta verso la gamma di prestazioni che si erogano. Tuttavia, emerge come la specializzazione nel settore pubblico sia più contenuta rispetto alla componente privata. Infatti, se da un lato le aziende pubbliche godono di diversi margini di autonomia (D.L.vo 502/92, 517/93, 229/99), che consente loro di modellare, tra le altre cose, il *set* di prestazioni da erogare, dall'altro questa autonomia è oggetto di condizionamenti da parte del sistema istituzionale di riferimento per la presenza di meccanismi di coordinamento e integrazione tipici del settore pubblico (Borgonovi, 1984).

Tra le aziende sanitarie pubbliche Irccs e Asl si sono specializzati maggiormente rispetto alle altre categorie esaminate a conferma di come tali categorie di aziende si sono orientate verso scelte atte alla riduzione del *set* di prestazioni da erogare.

I risultati di questo lavoro per quanto riguarda gli Irccs sono in linea con i presupposti teorici ed empirici rinvenuti nei lavori di Farley, Hogan (1990) e Eastaugh (2006). Anche in questi studi tali categorie di aziende sono più specializzate rispetto agli altri *provider*. Per gli Irccs la scelta di specializzarsi potrebbe configurarsi come una conseguenza fisiologica rispetto a quelle che sono le finalità istituzionali di queste aziende. Gli Irccs potrebbero specializzarsi nell'erogazione di prestazioni nelle quali si concretizzano maggiormente i benefici derivanti dell'attività di ricerca divenendo così le loro caratteristiche distintive.

Inoltre, con riferimento alla dimensione aziendale (posti-letto) (tabella 11), i dati significativi mostrano come nel tempo a spe-

cializzarsi di più sono state le aziende di medie dimensioni rispetto a quelle più grandi, anche in questo caso di più le Asl rispetto alle A.O. Tali risultati sono in linea con quanto rilevato dalle analisi descrittive presenti in letteratura predisposte in altre nazioni (Farley, Hogan, 1990; Eastaugh, 2006). I risultati di questi studi rilevano, coerentemente con quanto emerge in questo lavoro, come l'indice di specializzazione decresca all'aumentare dei posti-letto rilevando come gli ospedali più piccoli siano più specializzati rispetto a quelli grandi. In linea generale i comportamenti rilevati dalle aziende in letteratura riflettono i presupposti teorici in base ai quali gli ospedali di grandi dimensioni rispetto a quelli piccoli possono sfruttare dei benefici derivanti dalle economie scala per cui tendono a aumentare il *set* di prestazioni da offrire al paziente (Dranove, 1987).

La maggiore specializzazione delle Asl rispetto alle altre categorie di *provider* pubblici potrebbe essere in parte interpretata come una risposta di questa categoria di aziende all'evoluzione del modello istituzionale disegnato dai D.L.vo 502/1992 e 517/1993 che ha istituito le aziende ospedaliere. Infatti, come argomentato anche da Del Vecchio (2003) i decreti legislativi di cui sopra i) hanno dato la possibilità alle regioni di incorporare gli ospedali di maggior dimensione e complessità per costituirli in aziende ospedaliere dando loro una missione molto più focalizzata e specializzata nei processi produttivi e ii) hanno introdotto come base per il finanziamento delle aziende ospedaliere un sistema tariffario. Questi cambiamenti hanno trasformato le caratteristiche e le modalità di funzionamento del Ssn e dei Ssr dando avvio alla fase di fase di de-integrazione istituzionale e gestionale-organizzativa (Del Vecchio, 2003). Tali cambiamenti hanno determinato una forma di «specializzazione istituzionale» per le aziende ospedaliere che si è tradotta in una missione più focalizzata rispetto al passato, di produzione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali. Il fenomeno della «specializzazione istituzionale» delle A.O. da un lato, e l'introduzione del finanziamento a Drg dall'altro, hanno portato le Asl. a confrontarsi in un contesto competitivo più acceso (Del Vecchio, 2003). Di conseguenza, a seguito di tali cambiamenti, il settore ospedaliero delle Asl (ospedali a gestione diretta) ha risentito

delle scelte gestionali operate dalle aziende ospedaliere riguardo ai loro profili di offerta. Per questo motivo, con il passar del tempo, le Asl hanno adottato anch'esse scelte dirette alla riduzione dell'estensione orizzontale delle loro combinazioni economiche selezionando, dal novero delle potenziali configurazioni dei servizi e prestazioni, quelle più adatte ai bisogni della popolazione e fonte di maggiori benefici per l'azienda. Le Asl. per competere con i vari attori del Ssr si sarebbero specializzate al fine di migliorare l'economicità aziendale e superaziendale.¹⁷ L'adozione di scelte di specializzazione consente di eliminare duplicazioni, ridurre i costi unitari per prestazione (Eastaugh, 2006; Farley, 1985; Dayhoff, Cromwell, 1993), migliorare la performance economico-finanziaria, sviluppare sinergie e collaborazioni tra aziende (Del Vecchio, 2003) e stimolare il raggiungimento di più elevati livelli di efficienza ed efficacia gestionale e la qualità delle cure (Jiang, 2006). Tuttavia, questi aspetti non sono stati indagati empiricamente in questo lavoro.

Con riferimento alla collocazione geografica, le aziende pubbliche collocate al centro si sono specializzate maggiormente seguite da quelle collocate al nord e al sud. Probabilmente i comportamenti delle aziende presenti in un determinato Ssr potrebbero scaturire dalle indicazioni di programmazione sanitaria delle singole Regioni (es. Piani sanitari regionali) come risposta ad eventuali interventi di riorganizzazione delle reti ospedaliere. Diversi studi evidenziano che la concentrazione in un mercato potrebbe influire sui comportamenti delle aziende determinando maggiore competizione basata sulla specializzazione orizzontale delle combinazioni economiche (Eastaugh, 2006; Farley, 1985; Dayhoff, Cromwell, 1993). I comportamenti individuali delle aziende potrebbero altresì essere influenzati dai *network* collaborativi con le aziende limitrofi (Tiwari, Heese, 2009). Tuttavia questi aspetti non sono stati approfonditi empiricamente in questo stadio del lavoro. Ulteriori approfondimenti su questa questione saranno predisposti in futuro per argomentare sulla base delle evidenze il livello di specializzazione delle aziende nei Ssr.

Considerazioni conclusive, implicazioni di policy, futuri sviluppi del lavoro e limiti

Dal punto di vista della ricerca i risultati di questo lavoro si inseriscono nel dibattito internazionale relativo al tema della specializzazione arricchendolo con le evidenze del caso italiano.

Dal punto di vista delle implicazioni di politica sanitaria emerge che, se l'auspicio dei *policy maker* è quello di stimolare la specializzazione delle aziende sanitarie, bisognerebbe andare a indagare quali sono i fattori che la influenzano al fine di migliorare il governo delle relazioni tra Regione e aziende del gruppo Ssr. I risultati della ricerca mettono in luce dunque la necessità di investigare gli eventuali legami causali tra la variazione dell'indice di specializzazione e le caratteristiche aziendali che si sono utilizzate per classificare il campione. Ciò permetterà di supportare eventuali conclusioni mediante il test di ipotesi di ricerca definite grazie al supporto dei presupposti e delle evidenze empiriche della letteratura. Di conseguenza sarà possibile superare eventuali limiti argomentativi dei risultati dell'analisi esplorativo-descrittiva. Ad esempio, alcune variabili che caratterizzarono il sistema sanitario regionale di riferimento potrebbero influenzare i comportamenti dei *provider* verso scelte economicamente più convenienti che si riflettono nella definizione del *set* di prestazioni da erogare. Un Ssr caratterizzato da un elevato grado di investimento nel sistema di finanziamento per: i) frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali; ii) rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni; iii) riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo Drg; iv) presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati (Cantù, Carbone, Anessi Pessina, 2008); potrebbe influenzare i comportamenti delle aziende del gruppo sanitario nella scelta della gamma di prestazioni da erogare e, quindi il livello di specializzazione misurato dall'HHI index. Inoltre, il numero di aziende sanitarie presenti in una determinata area geografica potrebbe influenzare le scelte delle aziende in merito all'estensione della gamma di pre-

stazioni da offrire poiché tale scelta diventa uno strumento di competizione con i concorrenti. Tra i futuri sviluppi del lavoro rientrano i) l'utilizzo di altri indicatori per misurare la specializzazione; ii) la classificazione delle aziende adoperando altre dimensioni di analisi; iii) l'individuazione delle linee di attività che sono state soppresse, o ridimensionate, dalle aziende che hanno adoperato scelte di specializzazione; iv) l'estensione dell'arco temporale di riferimento. Tutto ciò compatibilmente con la disponibilità dei dati e delle informazioni.

Note

1. D.L.vo 502/92, così come modificato e integrato dal D.L.vo 517/93 e dal D.L.vo 229/99.
2. Si fa riferimento alle scelte relative alla numerosità e disomogeneità delle combinazioni economiche parziali per «prodotto» e per «mercato» delle aziende.
3. Una delle caratteristiche dei sistemi economici moderni è la specializzazione delle attività economiche. Essa si manifesta a tre: livelli: i) specializzazione delle macroclassi di istituti; ii) specializzazione tra gli istituti di ciascuna macroclasse iii) specializzazione all'interno di ciascun istituto.
4. Le motivazioni alla base della scelta del periodo di analisi (2001-05) riflettono la disponibilità dei dati pervenuti da parte del Ministero della salute nel momento in cui è stata predisposta la ricerca.
5. In questa categoria rientrano i presidi a gestione diretta della Asl e gli Istituti psichiatrici residuali.
6. In questa categoria rientrano i «policlinici a gestione diretta dell'università» e quelli eventualmente trasformanti in «aziende ospedaliere universitarie integrate con il Ssn». Tale classificazione riflette quanto stabilito dal D.L.vo 517/1999. Le «Aziende ospedaliere integrate con l'Università», cioè le A.O. in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e chirurgia sono escluse da questa categoria e inserite tra le A.O.
7. Tale classificazione riflette quanto stabilito dalla disposizione dell'ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78.
8. Linea 1 (Drg 438, 469, 470, 474); Linea 2: Cardiaco chirurgica; Linea 3: Cardiaco medica; Linea 4 Digerente chirurgica; Linea 5: Digerente medica; Linea 6 Endocrino chirurgica; Linea 7: Endocrino medica; Linea 8: Ginecologia/Gravidanza; Linea 9: Hiv; Linea 10: Miscellanea chirurgica; Linea 11: Miscellanea medica; Linea 12: Neonati; Linea 13: Neurologia chirurgica; Linea 14: Neurologia medica; Linea 15: Oculistica chirurgica; Linea 16: Oculistica medica; Linea 17: Otorinolaringoiatria chirurgica; Linea 18: Otorinolaringoiatria medica; Linea 19: Osteomuscolare chirurgica; Linea 20: Osteomuscolare medica; Linea 21: Parto, Aborto chirurgica; Linea 22: Parto, Aborto medica; Linea 23: Psichiatria; Linea 24: Radioterapia/Chemioterapia; Linea 25: Respiratorio chirurgica; Linea 26: Respiratorio medica; Linea 27: Riabilitazione/Cure successive; Linea 28: Trapianto; Linea 29: Traumi chirurgica; Linea 30: Traumi maggiori medica; Linea 31: Traumi minori medica; Linea 32: Tumori chirurgica; Linea 33: Tumori medica; Linea 34: Urinario chirurgica; Linea 35: Urinario medica; Linea 36: Ustioni; Linea 37: Vascolare chirurgica; Linea 38: Vascolare medica.
9. I capoluoghi di provincia sono 117 se non si considerano le 25 città identificate come metropolitane per cui si giunge a 102.
10. Tale classificazione è presente in Cantù, Cabone, Anessi Pessina (2006).
11. Tali analisi non sono state condotte per i policlinici universitari privati. Nel campione di riferimento era presente solo un'azienda afferente a questa categoria.
12. Le considerazioni di sintesi relative all'andamento dell'indice di specializzazione (aumento o diminuzione) sono state formulate tenendo presente non solo i valori assunti in media dall'indice di specializzazione ma anche di quelli della mediana considerando i valori della deviazione standard e del coefficiente di variazione. L'andamento dei valori della media e della mediana per gli anni 2001 e 2005 registra lo stesso trend per tutte le tipologie di aziende considerate.
13. Nelle analisi relative all'andamento dell'indice di specializzazione per classi di posti-letto, collocazione geografica e cittadina è stata utilizzata come misura di sintesi dell'andamento dell'indice di specializzazione la media. L'utilizzo della mediana porterebbe alle medesime conclusioni poiché entrambe le misure registrano lo stesso trend nel periodo considerato.
14. Le analisi non sono state ripetute per gli ospedali di insegnamento di natura privata poiché nel campione è presente una sola osservazione.
14. Le rilevazioni per la classificazione per i posti-letto (i) non ha interessato i privati perché non si disponeva dei dati (ii) non è stato possibile recuperare i dati per 46 osservazioni di aziende pubbliche, nello specifico: 11 Asl, 5 A.O., 20 Irccs, 10 P.U. Il campione risulta essere composto esclusivamente da 228 osservazioni.
16. Le aziende 3 aziende afferenti alla provincia autonoma di Trento sono solo aziende private.
17. Queste sono solo alcune delle motivazioni e argomentazioni riconducibili al fenomeno in esame tuttavia, eventuali legami causali non sono stati indagati, per cui non si sostiene alcuna relazione causa-effetto.

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

- ACCABI C.L., LOPEZ L. (1995), «L'outsourcing estremo per situazioni complesse», *L'impresa*, 10, pp. 46-51.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (2005), *Corso di Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- ARCARI A. (1996), «L'outsourcing: una possibile attività di organizzazione delle attività di servizi», *Economia e Management*, 4, pp. 109-121.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., MACINATI M. (2008), «Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo pubblico sanitario regionale», in F. Pezzani (a cura di), *Risparmiare il ruolo e la governance delle Regioni*, Egea, Milano, pp. 61-96.
- BENSA G., CARBONE C. (2007), «Il benchmarking delle performance: una metodologia di analisi della produzione ospedaliera», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- BERRY R. (1973), «On grouping hospitals for economic analysis», *Inquiry*, 10, pp. 5-12.
- BORGONOVÌ E. (1984), «La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche», in E. Borgonovì (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- CANTÙ E., CARBONE C., ANESSI PESSINA E. (2008), «Do Italian Regions effectively use DRG funding to steer provider behaviours?», paper presentato al IV convegno TAD, giugno, Milano.
- DAIDONE S., D'AMICO F. (2009), «Technical efficiency, specialization and ownership form: evidences from a pooling of Italian hospitals», *Journal of Productivity Analysis*, 32, pp. 203-216.
- DAYHOFF D.A., CROMWELL J. (1993), «Measuring differences and similarities in hospital caseloads: a conceptual and empirical analysis», *Health Services Research*, 28(3), pp. 293-312.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DRANOVE D. (1987), «Rate-setting by diagnosis related groups and hospital specialization», *Journal of economics*, vol. 18, 3, pp. 417-427.
- EDWARDS M., MILLER J.D., SCHUMACHER R. (1972), «Classification of community hospitals by scope of service», *Health Services Research*, winter, 7(4), pp. 301-13.
- EASTAUGH S.R. (2006), «Hospital costs and specialization: benefits of trimming product lines», *Journal of Health Care Finance*, vol. 28, 1, pp. 61-71.
- FABBRI D. (2003), «L'efficienza tecnica e di scala degli ospedali pubblici in Italia», in Banca d'Italia, *L'efficienza dei servizi pubblici*, Roma.
- FARLEY D.E. (1985), *Competition among hospitals: market structure and its relation to utilization, costs and financial position. Hospital studies program*, Research Note 7, National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment, Rockville, MD.
- FARLEY D.E., HOGAN C. (1990), «Case mix specialization in the market of hospital services», *Health Services Research*, 25(5), pp. 757-783.
- JIANG J., FRIEDMAN B., BEGUN J. (2006), «Factors associated with high quality-lowcost hospital performance», *Journal Health Care Finance*, 32(3), pp. 39-52.
- JOSKOW P. (1980), «The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital», *Journal of Economics*, 11, 2, pp. 421-47.
- LAVE J.R., LAVE L.B. (1971), «The extent of role differentiation among hospitals», *Health Services Research*, spring, 6(1), pp. 15-38.
- LEE K.S., CHUN K.H., LEE J.S. (2008), «Reforming the hospital service structure to improve efficiency: urban hospital specialization», *Health Policy*, Jul., 87(1), pp. 41-49.
- 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, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi 2003*, Egea, Milano, pp. 121-167.
- LUFT H.S., ROBINSON J.C., GARNIK D.W., MAERKEY S.C., MCPHEE S.J. (1986), «The role of specialized clinical services in competition among hospitals», *Inquiry*, 23, 1, pp. 83-94.
- MACINATI M., YOUNG S. (2009), «International perspectives in back sourcing: is it just a merry-go-round?», *Health Care Management Review*, pp. 372-382.
- POWILLS S. (1987), «Segment Marketing: Less Costly, More Efficient», *Hospitals* 61, 2, p. 38.
- TIWARI V., HEESE H.S. (2009), «Specialization and competition in healthcare delivery networks», *Health Care Management Science*, 12(3), pp. 306-324.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano.
- ZWANZINGER J., MELNICK G., SIMONSON L. (1996), «Differentiation and specialization in the California hospital industry, 1983 to 1988», *Medical Care*, 34(4), pp. 361-372.

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**.

Prestazioni intermedie nell'A.O.U. Policlinico di Bari. Analisi, valutazione economica e benchmarking

G. VALENZANO, V. PIGNATELLI, V. DATTOLI, N. ROSATO, V. MONTANARO, A. GERMINARIO,
G. CAMPAGNA, G. LUCATORTO, E. VENDRAMINI, R. DI PAOLA

Diagnostic Related Groups (DRG) has a fixed value to remunerate standardized hospitalization activity, each value has a variable percentage relative to intermediate activity (laboratory and imaging). Aim of the study was to evaluate the volume and the amount of intermediate activity in Policlinico Hospital of Bari (Italy), to analyze critical, give answers about the possible organization, and what is needed in order to manage this important issue both for economic and sanitary point of view. In 2009 the amount of DRG produced in hospitalized patients were € 213 million and intermediate activity were about 50,8 million € (23,8%). Due to the differences between units of the same speciality, a benchmarking project was initiated to better understand the reasons.

Keywords: fee for service, allocating overhead costs, management accounting
Parole chiave: pagamento a tariffa, tariffe prestazioni intermedie, contabilità dei costi

Note sugli autori

Policlinico di Bari: G. Valenzano, U.O. Controllo di gestione, V. Pignatelli è dirigente responsabile Ufficio SDO - Direzione Sanitaria, V. Dattoli è direttore generale, N. Rosato è direttore amministrativo, V. Montanaro è dirigente responsabile Area Gestione Risorse Finanziarie, A. Germinario è tecnico informatico U.O. Controllo di Gestione, G. Campagna è collaboratore amministrativo Ufficio SDO - Direzione sanitaria, G. Lucatorto è tecnico informatico, E. Vendramini, docente Università Cattolica del Sacro Cuore, R. Di Paola è dirigente responsabile U.O. Controllo di Gestione

1. Introduzione

Il sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere è, da diversi anni, legato al sistema denominato «tariffa per prestazione» (Drg per le prestazioni erogate in regime di ricovero e le tariffe del nomenclatore per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale art. 8-sexies, co. 4, D.L.vo n. 502/92). Le due caratteristiche fondamentali di questo sistema di classificazione dei pazienti consistono nella specificità clinica e nella capacità di correlare le condizioni cliniche con il consumo delle risorse ospedaliere (categorie isorisorse).

Questo sistema è stato analizzato e discusso a fondo e, se da una parte si sostiene che l'equità del sistema sia assicurata dal pagamento dei ricoveri appartenenti allo stesso Drg attraverso un meccanismo che definisce una tariffa corrispondente ai costi medi dei ricoveri complessivi di quello specifico gruppo diagnostico (Taroni, 1996) dall'altro si sostiene che le tariffe, in quanto calcolate sulle medie, possano essere a seconda dei casi o eccessivamente o scarsamente remunerative (in relazione alla configurazione dei costi di produzione aziendali). Il sistema Drg, infatti, si basa sul concetto di costo medio ottenuto prendendo in considerazione la somma di varie componenti di costo:

a) *i costi cosiddetti giornalieri*, relativi alle categorie costi amministrativi e generali: i costi del personale medico dei reparti di degenza, i costi del personale infermieristico e dell'assistenza alberghiera;

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi della ricerca e metodologia utilizzata
3. Risultati
4. Discussione
5. Conclusioni

b) *i costi cosiddetti dei servizi*, relativi ai costi dei servizi operatori, delle protesi e dei presidi medico chirurgici, dei servizi intermedi (radiologici e di laboratorio), dei farmaci, delle unità di cura intensiva e degli altri servizi clinici (Langiano, 1997).

L'importo di tali voci varia per ogni specifico Drg; nei Drg medici ad esempio non sono presenti i costi per le sale operatorie, così come i costi relativi al personale di una rianimazione sono molto diversi da quelli di una lungodegenza e, pertanto, incidono differenzialmente sulla tariffa finale. In tutti i Drg è invece presente la quota relativa alle attività di diagnostica di radiologia e di laboratorio.

Il principale vantaggio correlato all'introduzione di tale sistema di remunerazione consiste nella esplicitazione della connessione fra pratica clinica, organizzazione dell'ospedale e impiego delle risorse. Per di più, l'introduzione di tali tariffe predeterminate e omnicomprendenti per ciascun ricovero ha la funzione di indurre l'Azienda ospedaliera a contenere i propri costi di produzione entro le corrispondenti tariffe (tensione verso l'efficienza).

Tuttavia, il finanziamento secondo tariffe specifiche per classi omogenee dei casi trattati trasferisce a ciascun ospedale un margine di rischio finanziario attribuibile a tre componenti principali (Falcitelli, Langiano, 2004):

1) *il pagamento a prestazione «per sé»*, che richiede livelli di attività in grado di coprire almeno i costi fissi della struttura;

2) *il finanziamento secondo tariffe predefinite per categorie di ricoveri*, che espone i produttori al rischio finanziario derivante dall'entità dei propri costi di produzione rispetto alle tariffe;

3) *la definizione della prestazione come caso trattato*, che si presta meno facilmente del singolo atto diagnostico e terapeutico o della giornata di degenza a una moltiplicazione impropria.

Il presente articolo si vuole inserire all'interno di questo dibattito ed evidenziare l'importanza dei sistemi di valorizzazione e monitoraggio dei servizi intermedi, anche attraverso l'analisi degli scostamenti tra le previsioni delle tariffe dei Drg's e le rilevazioni effettive.

A titolo esemplificativo, se per un specifico Drg è stato previsto il 12% della tariffa totale per le prestazioni effettuate dai servizi intermedi di radiologia e di laboratorio che serve per coprire i costi delle stesse, da un punto di vista gestionale è importante valutare e monitorare il rispetto di tali percentuali.

È quindi rilevante evidenziare l'importanza di sistemi di controllo e monitoraggio in grado di rilevare i dati delle prestazioni interne per singola Unità operativa.

Al fine poi di meglio comprendere la rilevanza del tema è importante esplicitare alcuni aspetti:

– le tariffe risalgono a più di tredici anni fa. Di conseguenza le stesse non tengono conto in maniera adeguata dell'aumento dei costi di erogazione di diverse tipologie di prestazioni (Falcitelli, Langiano, 2004) dovuto ai cambiamenti organizzativi e tecnologici e, quindi, allo sviluppo delle apparecchiature dedicate, ai materiali di consumo, ai costi di manutenzione, ai costi per le endoprotesi ecc. (Adduce, Lorenzoni, 2004), oltre che ai costi per il personale che sono aumentati notevolmente e che in una azienda ospedaliera mediamente interessano circa il 60% dei costi totali;

– le richieste di prestazioni dei servizi di radiologia e di laboratorio sono aumentate a causa dell'aumento dei bisogni legati all'invecchiamento della popolazione, alla presenza di nuove malattie e ai problemi collegati alla medicina difensiva.

Queste riflessioni vogliono essere declinate all'interno di due Unità operative di cui si intende analizzare i costi per servizi intermedi (prestazioni intermedie p.i.) e precisamente il laboratorio e la radiologia dell'Azienda ospedaliera - Universitaria «Consortiale» Policlinico di Bari.

Possiamo definire prestazioni interne tutte le visite specialistiche, gli esami strumentali, gli esami di laboratorio o altre attività sanitarie, presenti nel nomenclatore nazionale, regionale o aziendale, rivolte a pazienti ricoverati ma erogate o effettuate da Uu.Oo. diverse da quelle in cui avviene il ricovero. Tutte le Uu.Oo. sanitarie di degenza erogano e richiedono prestazioni interne. Ogni U.O. comunica periodicamente

sia all'Unità di Statistica ed epidemiologia (Use) che all'Unità Controllo di gestione (UCG) il tipo e il numero delle prestazioni effettuate.

Tale attività consentirebbe, considerato l'aumento della domanda di salute, di determinare i costi complessivi di produzione aziendali al fine di razionalizzare la spesa.

1.1. Dati Strutturali

Lo studio è stato effettuato presso l'Azienda ospedaliero universitaria Policlinico «Giovanni XXIII» di Bari.¹ Con riferimento ad alcuni dati di struttura del 2009, l'Azienda dispone complessivamente di 1.426 posti-letto (1.246 per ricoveri ordinari e 180 per *day hospital*) e di 127 Unità operative complesse

suddivise per macrostruttura (**tabelle 1 e 2**), con un organico aziendale composto da un totale di 4.483 dipendenti ospedalieri, sono inoltre convenzionati 499 dipendenti universitari (**tabella 3**).

Il peso medio dei Drg prodotti (anno 2009) in regime di ricovero è di 1,03 mentre quelli erogati in regime di *day hospital* 0,72. Il *day hospital* ha una media di accessi pari a 1,91 giorni e il ricovero ordinario presenta una degenza media pari a 7,20 giorni (**tabella 4**).

In modo particolare, per lo stabilimento Policlinico di Bari, i Drg prodotti in regime ordinario hanno un peso medio leggermente superiore, 1,12 e una degenza media di 7,82 giorni, mentre il *day hospital* ha un peso medio di 0,74 e una media di accessi pari a 1,96 giorni.

Presidio Policlinico					
Tipologia di unità	Tipologia di servizio	Numero Unità operative	Posti-letto ordinari	Posti-letto <i>day hospital</i>	Totale
Unità ospedaliere	Degenza medica	7	117	14	131
	Degenza chirurgica	5	57	8	65
	Servizi sanitari	13	-	-	-
	Servizi generali	15	-	-	-
Unità universitarie	Degenza medica	27	531	59	590
	Degenza chirurgica	25	412	79	491
	Servizi sanitari	15	-	-	-
Totale Presidio		107	1.117	160	1.277

Tabella 1
Dati di struttura Presidio Policlinico dell'Aou Policlinico «Consorziale» di Bari - Anno 2009

Presidio Policlinico					
Tipologia di unità	Tipologia di servizio	Numero Unità operative	Posti-letto ordinari	Posti-letto <i>day hospital</i>	Totale
Unità ospedaliere	Degenza medica	8	92	17	109
	Degenza chirurgica	5	37	3	40
	Servizi intermedi	5	-	-	-
	Servizi generali	2	-	-	-
Unità universitarie	Degenza medica	-	-	-	-
	Degenza chirurgica	-	-	-	-
	Servizi sanitari	-	-	-	-
Totale Presidio		20	129	20	149

Tabella 2
Dati di struttura Presidio Giovanni XXIII dell'Aou Policlinico «Consorziale» di Bari - Anno 2009

Tabella 3Personale Aou -
Anno 2009

PERSONALE OSPEDALIERO	
RUOLO	N.
Ruolo sanitario	3.159
Ruolo professionale	7
Ruolo tecnico	897
Ruolo amministrativo	420
Totale	4.483
PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE	
RUOLO	N.
Ruolo sanitario	387
Ruolo professionale	1
Ruolo tecnico	39
Ruolo amministrativo	72
Totale	499

2. Obiettivi della ricerca e metodologia utilizzata

La rilevazione e il monitoraggio delle prestazioni intermedie all'interno di una Azienda ospedaliera di grandi dimensioni come il Policlinico di Bari assume notevole importanza per la valutazione delle performance di ogni singola Uu.Oo. e per la definizione di obiettivi strategici da parte della Direzione generale.

Scopo del presente lavoro, pertanto, è quello di evidenziare l'importanza di tali sistemi e ottenere informazioni utili alla gestione corretta delle attività di ricovero attraverso l'analisi dei dati rilevati e la valutazio-

ne delle differenze tra risorse effettivamente impiegate e risorse previste dalle percentuali dei Drg erogati per le p.i.

A tal fine, è stata analizzata la parte della tariffa relativa alla percentuale prevista per le prestazioni interne di Laboratorio e di Radiologia.

I punti sviluppati nel progetto sono di seguito riportati:

a) rilevare le prestazioni interne nell'Azienda ospedaliera - universitaria «Consortiale» Policlinico di Bari;

b) analizzare i volumi economici;

c) valutare per singola unità operativa i risultati ottenuti e quelli previsti;

d) effettuare un *benchmarking* intra-aziendale tra Uu.Oo. della stessa specialità.

Sono stati raccolti i dati relativi alle p.i. dell'anno 2009, trasmessi dalle Uu.Oo. sanitarie all'Unità Controllo di gestione.

Le p.i. sono state assimilate, in quasi tutti i casi, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e quindi codificate e tariffate come da:

– D.P.R. 17 Febbraio 1992, relativo alle tariffe minime nazionali per le prestazioni medico-chirurgiche;

– D.M. 22 Luglio 1996, relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

– D.G.R. 2 Luglio 2002 n. 829, relativa al tariffario regionale per gli accertamenti e le indagini in materia di igiene e sanità pubblica.

Per le prestazioni riconducibili a particolari settori sanitari e non codificate dal no-

Tabella 4Dati di attività Aou
Policlinico «Consortiale»
di Bari - Anno 2009

Struttura	Policlinico			Giovanni XXIII			Totale azienda		
	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale
Attività									
Ricoveri	45.907	29.786	75.693	10.405	1.692	12.097	55.092	32.004	87.096
Dimissioni	48.654	25.684	74.338	10.405	1.692	12.097	59.059	27.376	86.435
GG. di degenza	372.513	54.644	427.157	42.461	2.240	44.701	396.839	61.132	457.971
GG. di degenza media	7,82	1,96	–	4,08	1,30	–	7,20	1,91	–
Posti-letto medi	1.212	168	1.380	156	21	177	1.368	189	1.557
Prestazioni ambulatoriali	–	–	1.986.338	–	–	374.059	–	–	2.360.397
Ricette	–	–	637.748	–	–	104.753	–	–	742.501

menclatore nazionale e regionale, sono state utilizzate tariffe determinate da associazioni di categoria (ad esempio, Sirm - SNR per la Radiodiagnostica, Fisapec per l'Anatomia e istologia patologica, Aipac - Amcli - Clas - SiBioS - Siits per la Diagnostica di Laboratorio, Sied per Endoscopia digestiva e Aaroi per Anestesia e rianimazione).

Per alcune prestazioni non previste dai nomenclatori di categoria sono state applicate tariffe elaborate dall'Unità Controllo di gestione.

Molte prestazioni (ad esempio, le fistole artero-venose, l'emodialisi per aferesi terapeutica, ecc.) non prevedono ad oggi tariffe specifiche e, pertanto, non sono state valorizzate nel progetto.

Altre, invece, vengono assimilate per affinità a quelle già tariffate e quindi viene utilizzata la stessa tariffa.

Successivamente per ogni singola U.O. sono stati esaminati tutti i Drg prodotti nell'anno 2009.

Per ciascuno di essi, è stata valorizzata la percentuale della tariffa da attribuire ai servizi intermedi di Radiologia e laboratorio (Langiano, 1997). Quindi è stato calcolato l'importo delle p.i. per singola tipologia di Drg e applicato alla produzione di ogni U.O.

In tal modo, si è ottenuto l'importo previsto dalle tariffe dei Drg rispetto alla reale produzione.

I dati relativi alle p.i. richieste dal Pronto soccorso (U.O. di Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza ndr.) sono stati decurtati dell'85% dell'importo totale, in quanto solo il 15% circa delle prestazioni richieste (valutato sulla base dei cinque anni precedenti) è seguito da ricovero e, dunque, considerato nel progetto.

I dati rilevati, inoltre, sono stati utilizzati per effettuare un'analisi di *benchmarking* per specialità tra Uu.Oo. integrando altre informazioni relative a:

- le giornate di degenza;
- il numero di ricoveri in regime ordinario e in *day hospital*;
- il peso medio del Drg dei ricoveri ordinari;
- i costi del personale ospedaliero;
- i costi del personale universitario in convenzione;
- i costi per materiale di consumo (sanitario e non).

Sono stati, inoltre, calcolati per ogni Uu.Oo. i seguenti indicatori:

- rapporto tra il costo delle p.i. rilevate e il numero dei ricoveri ordinari;
- rapporto tra il costo delle p.i. rilevate e il numero dei ricoveri totali;
- rapporto tra il costo delle p.i. rilevate e il numero delle giornate di degenza;
- rapporto tra il costo del materiale sanitario e il numero dei ricoveri totali;
- rapporto tra il numero totale di unità di personale e il peso medio dei ricoveri ordinari;
- rapporto tra i costi per il personale e il numero dei ricoveri ordinari.

3. Risultati

Dall'analisi dei dati (tabelle 5 e 6) si rileva che nel corso dell'anno 2009 sono state richieste ed erogate 6.556.020 p.i. per un importo totale pari a 50.882.041,32 euro. Di queste, quelle erogate dalle Uu.Oo. di Ana-

Tabella 5

Elenco delle prestazioni interne erogate dai servizi alle Uu.Oo. Aou Policlinico «Consorziale» di Bari

Oftalmologia	1.484	€ 111.275,12	110	€ 6.309,06	126.052	€ 538.734,46	127.647	€ 656.318,63	143.789	€ 828.320,93
Ortopedia e traumatologia	11.257	€ 323.382,46	254	€ 23.548,26	265.051	€ 1.177.817,80	276.562	€ 1.524.748,53	312.251	€ 1.904.166,09
Odontoiatria	1.049	€ 121.434,69	275	€ 21.738,06	12.521	€ 46.205,73	13.845	€ 189.378,48	15.216	€ 212.443,59
Otorinolaringoiatria	1.258	€ 87.937,39	1.240	€ 92.644,73	64.408	€ 262.204,46	66.906	€ 442.786,57	75.126	€ 550.616,71
Ginecologia e ostetricia	2.960	€ 137.552,99	4.295	€ 592.684,39	279.256	€ 1.455.224,92	286.512	€ 2.185.462,30	312.405	€ 2.480.834,81
Anestesia e rianimazione	3.539	€ 229.075,09	32	€ 5.659,41	202.439	€ 1.158.498,61	206.010	€ 1.393.233,12	221.200	€ 1.614.282,90
Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	62.494	€ 1.771.865,10	1	€ 68,92	298.454	€ 1.714.018,31	360.949	€ 3.485.952,32	474.253	€ 1.007.139,43
Altre specialità	1.994	€ 205.759,72	20	€ 2.160,30	224.346	€ 883.746,18	226.360	€ 1.091.666,20	253.669	€ 1.533.970,90
	157.390	€ 8.203.785,27	26.992	€ 3.035.531,44	5.710.853	€ 34.364.175,01	5.895.234	€ 45.603.491,72	6.556.020	€ 50.882.041,32

Tabella 6

Confronto tra i costi per prestazioni richieste e i ricavi per prestazioni erogate dalle Uu.Oo.

Specialità	Costi per prestazioni richieste	Ricavi per prestazioni erogate
Medicina interna	€ 5.719.612,74	€ 407.599,11
Neonatologia	€ 299.764,28	€ 63.559,06
Cardiologia	€ 1.738.190,26	€ 626.549,82
Gastroenterologia	€ 2.645.558,07	€ 133.596,25
Neurologia	€ 3.724.606,87	€ 530.108,51
Malattie dell'apparato respiratorio	€ 961.569,40	€ 115.730,81
Reumatologia	€ 890.609,83	€ 17.424,92
Endocrinologia	€ 561.945,06	€ 318.995,45
Pediatria	€ 265.773,41	€ 48.739,24
Dermatologia e venereologia	€ 478.757,74	€ 146.454,90
Malattie infettive	€ 1.619.637,51	€ 211.568,55
Nefrologia	€ 1.493.691,99	€ 463.424,35
Ematologia con trapianto	€ 3.299.735,49	€ 108.125,85
Psichiatria	€ 316.902,06	€ 70.019,47
Medicina fisica e riabilitazione	€ 257.150,26	€ 233.694,67
Oncologia Medica	€ 11.547,64	€ 6.030,23
Chirurgia generale	€ 5.953.680,61	€ 340.153,93
Chirurgia plastica e ricostruttiva	€ 680.853,79	€ 96.080,15
Urologia	€ 2.347.751,84	€ 165.727,30
Chirurgia pediatrica	€ 227.849,50	€ 17.708,53
Chirurgia vascolare	€ 698.197,65	€ 30.181,00
Neurochirurgia	€ 1.036.700,42	€ 67.746,05
Chirurgia toracica	€ 883.808,71	€ 99.679,67
Cardiochirurgia	€ 1.636.370,82	€ 31.613,05
Oftalmologia	€ 828.320,93	€ 96.808,24
Ortopedia e traumatologia	€ 1.904.166,09	€ 465.569,91
Odontoiatria	€ 212.443,59	€ 38.359,94
Otorinolaringoiatria	€ 550.616,71	€ 250.968,05
Ginecologia e ostetricia	€ 2.480.834,81	€ 52.913,95
Anestesia e Rianimazione	€ 1.614.282,90	-
Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	€ 1.007.139,43	-
Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia, Genetica, Igiene, Immunologia, ecc.	€ 661.655,88	€ 35.378.335,76
Radiodiagnostica, Neuroradiologia, Medicina Nucleare	€ 568,28	€ 8.986.581,02
Altri servizi (Medicina Legale, Medicina Preventiva, Radioprotezione, ecc.)	€ 871.746,74	€ 261.993,45
	€ 50.882.041,32	€ 50.882.041,32

tomia patologica, di Laboratorio e di Radiologia sono pari a 5.853.804 per un importo di 44.467.457,50 euro equivalente all'87% del totale economico delle p.i. (figure 1.1 e 1.2).²

In particolare, sempre nel 2009, sono state erogate 160.203 p.i. dai servizi di Radiologia per un importo di 8.734.899,24 euro; 5.666.610 p.i. dai servizi di Laboratorio per un importo di 32.697.026,82 euro e 26.992 euro p.i. dai servizi di Anatomia patologica per un importo di 3.035.531,44 euro (figure 2.1 e 2.2).

È importante evidenziare come tra i servizi di Laboratorio, la U.O. Patologia clinica

abbia erogato 3.641.546 prestazioni interne per un importo di 14.487.558,08 euro; mentre, tra i servizi di Radiologia, la U.O. Neuro-radiologia abbia erogato 17.922 prestazioni interne per un importo di 2.591.072,67 euro a conferma della complessità delle prestazioni da erogare. Importante notare come i costi rilevati per p.i. siano pari a 50.882.041,32 euro, mentre quelli stimati in base alla reale produzione dalla tariffa dei Drg sono pari a 24.141.500,87 di euro, con una differenza di 26.740.540,45 di euro (tabella 7).

Il benchmarking (tabelle 8a e 8b) è stato applicato alle Uu.Oo. della stessa specialità (box 1).

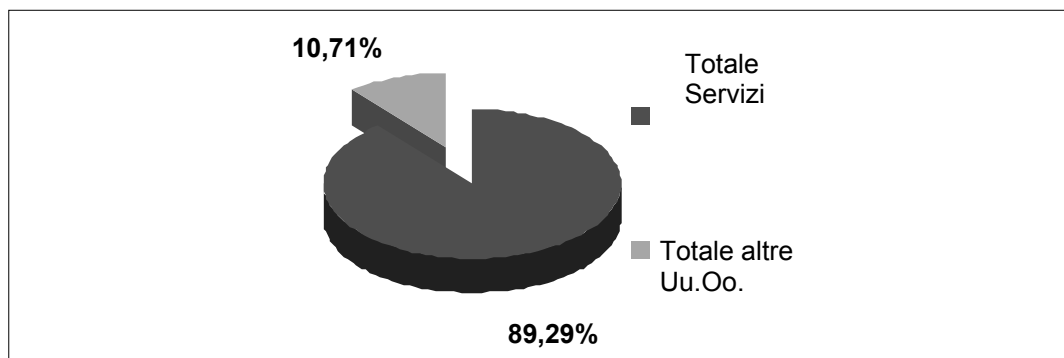


Figura 1.1
Numero di prestazioni erogate

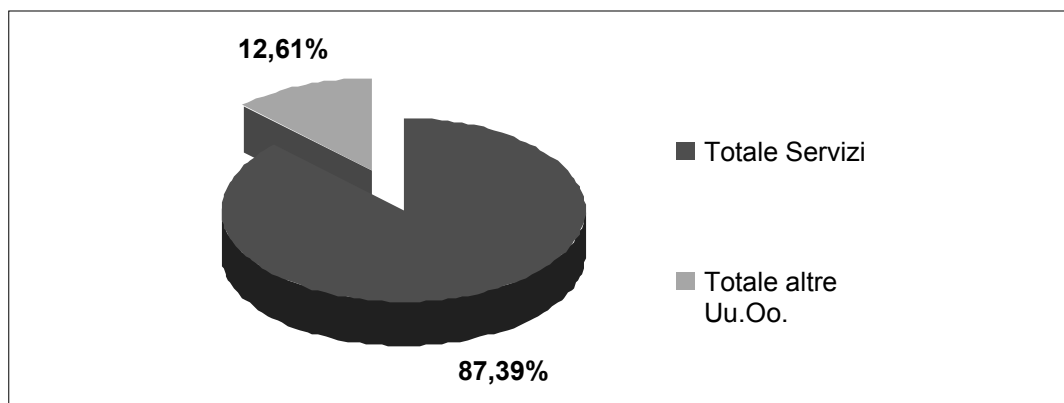


Figura 1.2
Importi prestazioni erogate

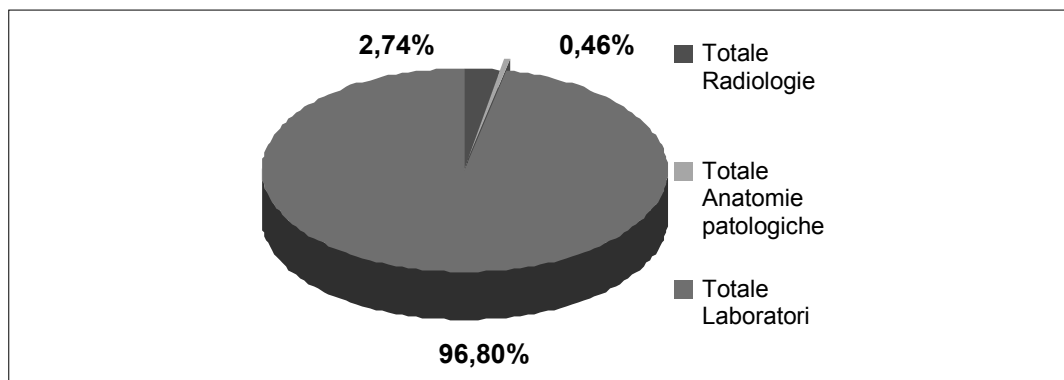


Figura 2.1
Numero prestazioni erogate dai servizi sanitari

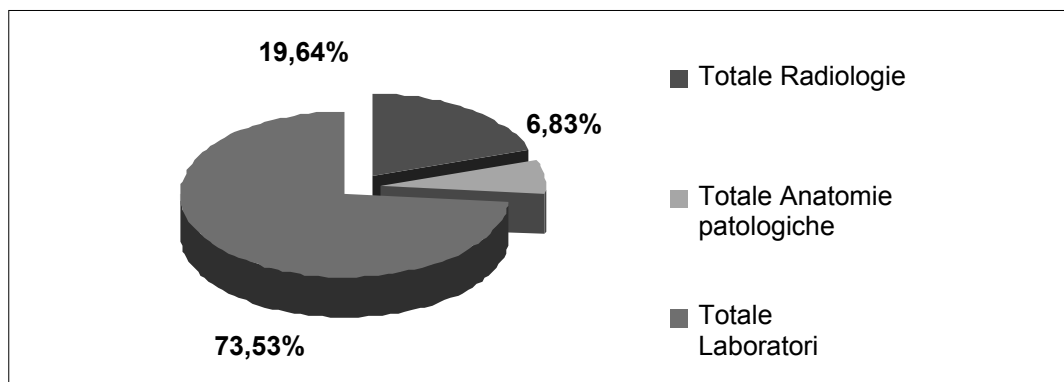


Figura 2.2
Importi prestazioni erogate dai servizi sanitari

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Specialità	TOTALE SERVIZI RILEVATI		TOTALE SERVIZI STIMATI			Differenza Ril. Stim.
	N. prest.	Importo	DH	RO	TOTALE	
Medicina interna	713.077	€ 5.719.612,74	240.941	2.039.479	€ 2.280.420,34	€ 3.439.192,40
Neonatologia	28.176	€ 299.764,28	688	298.152	€ 298.840,24	€ 924,04
Cardiologia	276.021	€ 1.738.190,26	102.086	2.240.170	€ 2.342.255,48	€ 604.065,22
Gastroenterologia	303.781	€ 2.645.558,07	117.854	733.248	€ 851.101,04	€ 1.794.457,03
Neurologia	350.541	€ 3.724.606,87	120.423	1.577.665	€ 1.698.088,19	€ 2.026.518,68
Malattie dell'apparato respiratorio	119.863	€ 961.569,40	-	680.876	€ 680.876,08	€ 280.693,32
Reumatologia	98.106	€ 890.609,83	67.645	256.512	€ 324.157,01	€ 566.452,82
Endocrinologia	81.193	€ 561.945,06	124.628	583.472	€ 708.099,68	€ 146.154,62
Pediatria	358.270	€ 3.265.773,41	137.160	906.359	€ 1.043.519,23	€ 2.222.254,18
Dermatologia e venereologia	61.187	€ 478.757,74	31.874	231.970	€ 263.844,59	€ 214.913,15
Malattie infettive	231.862	€ 1.619.637,51	120.714	705.857	€ 826.570,67	€ 793.066,84
Nefrologia	180.135	€ 1.493.691,99	26.658	606.593	€ 633.250,63	€ 860.441,36
Ematologia con trapianto	205.774	€ 3.299.735,49	120.308	951.654	€ 1.071.962,02	€ 2.227.773,47
Psichiatria	56.615	€ 316.902,06	39.746	128.046	€ 167.792,37	€ 149.109,69
Medicina fisica e riabilitazione	33.976	€ 257.150,26	14.481	97.237	€ 111.717,96	€ 145.432,30
Oncologia Medica	2.219	€ 11.547,64	78.663	-	€ 78.663,48	€ 67.115,84
Chirurgia generale	696.948	€ 5.953.680,61	82.715	2.122.814	€ 2.205.528,48	€ 3.748.152,13
Chirurgia plastica e ricostruttiva	95.100	€ 680.853,79	45.910	386.174	€ 432.084,32	€ 248.769,47
Urologia	261.507	€ 2.347.751,84	115.870	1.000.738	€ 1.116.607,15	€ 1.231.144,69
Chirurgia pediatrica	19.080	€ 227.849,50	9.781	351.310	€ 361.091,44	€ 133.241,94
Chirurgia vascolare	127.012	€ 698.197,65	-	464.158	€ 464.157,55	€ 234.040,10
Neurochirurgia	115.349	€ 1.036.700,42	676	851.905	€ 852.580,87	€ 184.119,55
Chirurgia toracica	101.356	€ 883.808,71	13.731	486.309	€ 500.040,12	€ 383.768,59
Cardiochirurgia	230.964	€ 1.636.370,82	6.572	1.177.608	€ 1.184.180,06	€ 452.190,76
Oftalmologia	143.789	€ 828.320,93	168.464	228.447	€ 396.910,62	€ 431.410,31
Ortopedia e traumatologia	312.251	€ 1.904.166,09	202.414	897.690	€ 1.100.104,18	€ 804.061,91
Odontoiatria	15.216	€ 212.443,59	40.405	-	€ 40.405,30	€ 172.038,29
Otorinolaringoiatria	75.126	€ 550.616,71	18.363	344.669	€ 363.031,72	€ 187.584,99
Ginecologia e ostetricia	312.405	€ 2.480.834,81	65.363	1.081.678	€ 1.147.040,66	€ 1.333.794,15
Anestesia e Rianimazione	221.200	€ 1.614.282,90	20.022	576.558	€ 596.579,39	€ 1.017.703,51
Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	474.253	€ 1.007.139,43	-	-	-	€ 1.007.139,43
Altri servizi	253.669	€ 1.533.970,90	-	-	-	€ 1.533.970,90

4. Discussione

Tabella 7

Confronto tra importi delle p.i. richieste ai servizi sanitari rilevate per l'anno 2009 e % degli importi prevista per ogni Drg per servizi sanitari di *imaging* e laboratorio

La gestione delle p.i. in un'Azienda ospedaliera di grandi dimensioni rappresenta un problema complesso e, al tempo stesso, di rilevante interesse sia dal punto di vista economico che dal punto di vista informativo e organizzativo. Tali aspetti sono strettamente collegati tra loro e, considerato che l'attività diagnostica riveste un aspetto significativo, soprattutto nell'ambito dell'identificazione del rischio, della scelta dei trattamenti più efficaci e spesso meno invasivi, e che, con l'aumento della domanda di salute, le prestazioni sono erogate in maggiore quantità, l'informazione

gioca un ruolo determinante e, pertanto, deve essere completa, sintetica e deve seguire delle procedure comuni per codifica e tariffazione.

In particolare, le informazioni sulle prestazioni intermedie e l'imputazione dei costi relativi possono costituire:

- momento per la conoscenza dei servizi intermedi dal punto di vista economico;
- strumenti per la valutazione delle performance di ogni unità operativa;
- motivo di responsabilizzazione degli operatori;
- fattori di valutazione sull'utilizzo dei servizi intermedi;

Unità operative Presidio Policlinico	Peso medio DRG (R.O.)	Peso medio DRG (DH)	Costo € p.i./Numero R.O.	Costo € p.i./Ricoveri totali	Costo € p.i./Giornate di degenza	Costo € materiale/Numero R.O.	Numero unità personale/Peso medio RO
Medicina interna X	1,18	0,79	1.140,18	680,53	97,47	496,13	48,3
Medicina interna A	1,18	0,94	1.094,76	697,04	162,53	507,92	30,1
Medicina interna B	1,30	0,91	1.878,22	1.083,47	167,98	554,13	31,9
Medicina interna C	1,49	1,24	1.773,52	954,79	242,21	644,23	23,8
Medicina interna D	1,21	0,80	1.065,95	371,99	111,46	453,24	21,9
Cardiologia X	1,79	0,86	453,88	388,16	63,69	2.434,75	40,2
Cardiologia Y	2,13	1,13	739,42	502,50	122,02	5.506,31	27,7
Gastroenterologia X	1,12	1,06	1.720,66	956,43	240,90	340,98	30,4
Gastroenterologia Y	1,21	0,70	2.048,68	1.371,26	196,76	550,07	28,1
Neurologia X	1,17	-	971,04	971,04	77,31	274,05	19,7
Neurologia A	1,25	0,78	1.276,35	954,08	146,80	387,69	21,6
Neurologia B	1,09	1,08	1.476,53	873,29	243,99	100,84	71,1
Pediatria gen. e spec. A	1,06	0,74	1.368,87	758,30	157,78	932,54	62,3
Pediatria gen. e spec. B	1,25	1,05	2.927,43	1.913,71	242,07	2.241,66	43,2
Pediatria gen. e spec. C	0,66	0,61	1.722,83	555,79	283,12	298,70	53,8
Malattie dell'app. resp. X	1,46	-	584,73	584,73	73,41	324,57	18,5
Malattie dell'app. resp. Y	1,52	-	826,55	826,55	81,99	398,56	23,0
Dermatologia e venereologia A	0,80	0,45	416,70	316,33	63,51	201,83	22,5
Dermatologia e venereologia B	0,85	0,80	444,95	372,27	75,59	116,60	21,2
Nefrologia A	1,47	-	1.433,98	1.433,98	110,87	2.908,99	5,8
Nefrologia B	1,46	-	2.478,62	2.478,62	186,40	2.917,18	6,2
Psichiatria A	1,17	0,87	445,77	280,42	31,09	136,07	24,8
Psichiatria B	1,17	0,83	613,89	463,21	31,98	223,40	17,9
Chirurgia plast. e ric. Y	1,22	1,03	449,44	359,63	82,65	1.053,05	39,8
Chirurgia plast. e ric. X	1,14	0,89	483,68	309,45	87,73	548,73	23,7

e) mezzi di diffusione di una logica di processo e, quindi, di orientamento al risultato complessivo.

La disponibilità e la diffusione di informazioni corrette interessano molte strutture aziendali. La Direzione generale, sia per quanto attiene all'attività di Direzione strategica che all'attività di gestione ordinaria, utilizza le informazioni in varie direzioni, dalla valutazione degli aspetti tipicamente economici alla valutazione di aspetti della qualità e, quindi, di *outcome* delle prestazioni di ricovero erogate.

Le aree amministrative sono in concerto con la direzione sanitaria, in quanto utilizzano le informazioni nella predisposizione delle procedure di gara per i laboratori, per le apparecchiature di diagnostica per immagini relativamente ai bisogni effettivi.

Non meno rilevanti le Uu.Oo. che richiedono p.i. utilizzando i dati per verificare la

correttezza delle prescrizioni, avere contezza dei costi pieni delle prestazioni erogate, avviare i percorsi diagnostico-terapeutici necessari alla condivisione di procedure utili a migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle stesse, con l'obiettivo di ridurre il numero delle prescrizioni per migliorare l'*outcome*, razionalizzare le risorse e rendere più fluida l'attività di chi le deve erogare.

Le Uu.Oo. che principalmente erogano p.i. migliorano le performance delle attività produttive, riducendo i tempi di esecuzione.

La valutazione economica dei volumi di p.i. collegati alla produzione dei ricoveri ordinari e di *day hospital* ha, inoltre, una immediata ricaduta dal punto di vista gestionale.

I risultati di questo progetto evidenziano una grande differenza tra le previsioni contenute nelle tariffe dei Drg e i volumi effettivamente erogati di p.i.

Nel 2009, le prestazioni intermedie sono state oltre 6 milioni con una valorizzazione

Tabella 8a
Benchmarking
intra-aziendale
per specialità

Unità operative Presidio Policlinico	Peso medio DRG (R.O.)	Peso medio DRG (DH)	Costo € p.i./Numero R.O.	Costo € p.i./Ricoveri totali	Costo € p.i./Giornate di degenza	Costo € materiale/Numero R.O.	Numero unità personale/Peso medio RO
Chirurgia gen. B	1,28	0,95	790,58	765,01	93,73	293,74	16,4
Chirurgia gen. C	1,09	0,80	1.248,84	1.034,02	232,03	225,70	10,1
Chirurgia gen. A	2,18	0,87	1.481,90	1.144,06	159,19	1.082,94	13,8
Chirurgia gen. D	1,14	0,59	1.360,73	1.285,37	175,50	1.253,03	35,1
Chirurgia gen. E	2,40	0,99	1.791,69	1.220,00	203,62	2.832,13	19,6
Chirurgia gen. F	1,26	0,82	950,78	859,90	150,10	1.194,64	26,6
Chirurgia gen. G	1,31	0,91	902,19	679,33	125,33	455,23	22,9
Urologia I A	2,14	0,75	1.277,80	789,41	229,37	1.098,05	21,5
Urologia II B	1,29	0,64	666,45	590,15	140,67	1.518,20	20,2
Urologia I X	1,16	0,64	585,78	474,55	67,92	477,50	23,3
Otorinolaringoiatria A	0,94	0,82	294,82	207,71	78,37	566,62	37,8
Otorinolaringoiatria B	1,05	0,90	494,58	439,63	75,44	405,40	34,8
Ginecologia e ostetricia A	0,72	0,74	327,72	299,81	73,64	210,69	81,3
Ginecologia e ostetricia B	0,72	0,88	327,00	308,74	75,68	312,01	74,3
Ginecologia e ostetricia C	0,83	0,88	412,23	393,62	97,79	392,79	28,3
Ginecologia e ostetricia D	0,85	0,76	413,40	310,43	101,33	168,66	11,2
Ortopedia e traumatologia A	1,45	0,82	845,85	712,05	89,74	2.204,95	25,9
Ortopedia e traumatologia B	1,42	0,68	849,60	330,94	88,72	2.050,00	29,9
Ortopedia e traumatologia C	1,33	0,75	883,29	574,36	103,55	1.669,39	16,5

Tabella 8b

Benchmarking
intra-aziendale
per specialità

ne economica di oltre 50 milioni di euro (il 23,8% della produzione complessiva sanitaria aziendale). Nel 2008 furono, invece, il 21,7%, non avendo superato la soglia dei 50 milioni di euro. Dall'analisi delle attività svolte dai soli Servizi sanitari si rileva che il numero di prestazioni erogate dai laboratori è di 5.666.610 per un importo corrispondente a 32.697.027 di euro (che rappresenta il 75% circa dei costi totali sostenuti per p.i.). Nel 2008, le prestazioni erogate dai servizi di laboratorio furono oltre 6 milioni con una valorizzazione economica di quasi 35 milioni di euro. In merito ai servizi di radiologia, i volumi del 2009 furono di 160.203 pari a 8.734.899 di euro (che rappresentano il 18% dei costi sostenuti per p.i.), sostanzialmente in linea con il dato dell'anno precedente. I servizi di anatomia patologica hanno prodotto volumi di prestazioni pari a 26.992 corrispondenti a 3.035.531 di euro (che rappresentano circa il 7% dei costi sostenuti per p.i.) (figura 2.2), in aumento in termini di *output*, ma non in termini di implicazioni economiche rispetto al 2008.

La differenza tra il valore delle p.i. rilevate, rispetto alla quota prevista per le stesse prestazioni dalle tariffe dei Drg effettiva-

mente prodotti per l'anno 2009, è pari a circa 26.740.540,45 di euro.

Tenuto conto che il valore delle p.i. previste dalla reale produzione dei Drg riferiti all'anno 2009 corrisponde a una percentuale media pari al 12,36% per l'attività di ricovero ordinario e all'11,98% per l'attività di ricovero diurno, con una percentuale media sulle attività di ricovero pari a 12,17%, corrispondente a 24.141.500,87 di euro, si rileva come una differenza pari a circa 27 milioni di euro rappresenti l'11,63% aggiuntivo, rispetto ai ricavi per le attività di ricovero, del valore delle p.i. rilevate rispetto alla stima.

Una prima importante indicazione che emerge dai risultati descritti è che le p.i. richieste sono sicuramente in eccesso rispetto alle risorse economiche per p.i. previste dalle tariffe.

Le motivazioni sono molteplici: dall'evoluzione delle tecniche medico-chirurgiche, con il contestuale aumento dei costi, all'aumento della sopravvivenza di pazienti critici sempre più impegnativi dal punto di vista assistenziale (Nannei, 2007).

Il *benchmarking* intra-aziendale per specialità (tabelle 8a e 8b), fornisce spunti straordinari di analisi e rappresenta uno strumen-

to utile tanto alla Direzione strategica quanto ai responsabili delle Uu.Oo. nella gestione delle stesse.

Infatti, l'analisi delle tabelle 8a e 8b consente di fare alcune considerazioni di carattere sanitario e gestionale.

Nella specialità medicina interna, le Uu.Oo. presentano dati e indicatori eterogenei. Dall'analisi di tali dati emerge la mancanza di un rapporto diretto tra i costi, le unità di personale e il peso medio dei ricoveri ordinari. L'U.O. «X» mostra degli indicatori difficilmente giustificabili in quanto, rispetto alle altre Uu.Oo., presenta il peso medio dei ricoveri ordinari più basso e il numero di unità e di costi di personale e materiali più alto.

La stessa unità operativa presenta il numero più alto di posti-letto, nonostante il numero di ricoveri (ordinari e in *day hospital*) non sia altrettanto elevato.

Al contrario, i costi sostenuti per prestazioni interne dalla Medicina interna «C», rapportati alle altre Uu.Oo. di Medicina interna analoghe per dimensioni e attività, sono elevati e suggeriscono l'adozione da parte della Direzione generale di piani organizzativi e gestionali diretti alla riduzione di tali costi.

La U.O. «D» sembra avere gli indicatori più performanti, tenuto conto dei dati di attività e di struttura della stessa.

Analizzando la specialità di Cardiologia, si osserva come i dati e gli indicatori siano correlati al peso medio dei ricoveri ordinari che ne giustificano numeri e importi.

Infatti, l'U.O. «Y», che ha un peso medio più alto e, quindi, una casistica più complessa, mostra dati e indicatori connessi alle p.i. più elevati rispetto all'U.O. «X», anche se il numero del personale e i relativi costi sono inferiori rispetto a quest'ultima.

Per la specialità di Gastroenterologia, nonostante la presenza di dati strutturali e di produzione sovrapponibili, il confronto tra le unità operative evidenzia dati e importi per p.i. notevolmente diversificati e non giustificati dalla modesta differenza del peso medio dei ricoveri ordinari di entrambe.

Il *benchmarking* offre, inoltre, interessanti riflessioni circa la specialità Neurologia. Anche in questo caso come per la Medicina interna, non si rileva una correlazione tra impiego di risorse e complessità della casi-

- Medicina Interna
- Cardiologia
- Gastroenterologia
- Neurologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Dermatologia e Venereologia
- Nefrologia
- Psichiatria
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
- Chirurgia generale
- Urologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Ginecologia e Ostetricia
- Otorinolaringoiatria

stica valutata sulla base del peso medio dei ricoveri ordinari. Infatti, la U.O. «X» mostra costi per p.i. notevolmente inferiori rispetto alla U.O. «B», nonostante il peso medio dei ricoveri ordinari sia maggiore e vi sia un maggior numero di posti-letto.

L'analisi sulle Uu.Oo. di Gastroenterologia e di Neurologia offre un esempio paradigmatico di come uno studio comparativo possa essere utilizzato per individuare aree di miglioramento e di razionalizzazione, con necessità di approfondimenti e di condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e individuazione di indicatori che tendano alla responsabilizzazione e alla valutazione degli operatori, al fine di razionalizzare la spesa per prestazioni interne delle unità operative stesse. Le specialità di Pneumologia, Dermatologia, Psichiatria, Nefrologia mostrano dati e indicatori in sostanziale equilibrio tra loro, tenuto conto anche in questo caso degli indicatori di attività e delle dimensioni delle Uu.Oo. stesse.

È opportuno rilevare che le Uu.Oo. delle specialità appena citate sono fisicamente vicine tra loro, mentre le Uu.Oo. di Neurologia, Gastroenterologia, Cardiologia e Medicina interna sono collocate in punti diversi della struttura ospedaliera e, quindi, sono indipendenti tra loro.

È evidente come, la vicinanza fisica di Uu.Oo. della stessa specialità potrebbe favorire il confronto e l'applicazione di protocolli di diagnosi e cura condivisi.

Box 1

Specialità mediche oggetto del *benchmarking*

Anche, l'analisi dei dati inerenti alla specialità Chirurgia plastica fornisce dati e indicatori abbastanza coerenti tra le due Uu.Oo. pur essendo strutture localizzate in posti differenti.

Tra le Uu.Oo. della specialità di Pediatria, la «B» mostra dati e indicatori elevati rispetto alla «A» e «C». Il dato è con molta probabilità da correlare alle prestazioni di oncoematologia che l'U.O. stessa eroga. Tuttavia, a fronte di importi notevoli e di una attività molto delicata e complessa come quella della diagnosi e cura di bambini con patologie di competenza onco-ematologica, il peso medio dei ricoveri ordinari è comunque basso. Ciò è con molta probabilità correlato al fatto che il peso medio dei Drg della Pediatria in genere come specialità è comunque molto basso.

La specialità Chirurgia generale offre indicatori che orientativamente sembrano essere in linea con il peso medio dei ricoveri ordinari. La diversificazione che si evidenzia potrebbe essere correlata per la U.O. «E» all'attività di trapianto di fegato, mentre per le «D» ed «F» all'assorbimento delle urgenze chirurgiche. Si può, tuttavia, considerare come la «A» mostri una buona performance, mentre, al contrario, la «D» mostri dati che necessitano alcuni approfondimenti e l'individuazione di una strategia volta alla riduzione delle p.i.

In ogni modo, l'elevato numero di posti-letto e di ricoveri ordinari e in *day hospital* giustifica elevati importi per prestazioni intermedie.

Per la specialità Urologia emergono dati e indicatori rilevanti per l'unità operativa «A» che sono comunque correlati a un numero di posti-letto e ricoveri ordinari elevato e all'alto peso medio degli stessi. La stessa U.O. appare, inoltre, virtuosa rispetto ai dati e indicatori del personale.

In questa U.O. viene svolta l'attività di trapianto di rene e ciò spiega importi considerevoli.

Per la specialità Otorinolaringoiatria, pur essendo le due Uu.Oo. fisicamente a contatto tra loro, mostrano dati e indicatori sulle p.i. diversificati, mentre per quelli relativi al personale e al peso medio la «A» mostra costi per p.i. rapportati ai ricoveri ordinari e in *DH* molto più bassi della «B». Queste differenze potrebbero essere correlate alla diversa

attività che le due Uu.Oo. svolgono: la «A» orientata sui problemi sanitari riguardanti l'orecchio, la «B» su patologie della laringe.

La specialità Ginecologia e ostetricia offre un quadro di analisi abbastanza omogeneo per le p.i., mentre è abbastanza diversificato quello per il personale. Anche in questo caso, le Uu.Oo. sono localizzate nello stesso posto pertanto, i percorsi di diagnosi e cura sono abbastanza armonici e simili, mentre le risorse impiegate per il personale non sono omogenee e meritano di essere analizzate con attenzione.

La specialità Ortopedia e traumatologia offre dati e indicatori piuttosto correlati ai relativi pesi medi e, anche in questo caso, le Uu.Oo. sono fisicamente in contatto tra loro.

Le considerazioni riportate dimostrano che, seppure limitatamente alle attività delle radiologie e dei laboratori, pur potendo razionalizzare la spesa attraverso strumenti tesi alla responsabilizzazione delle diverse Uu.Oo., le risorse per p.i. previste dalle tariffe dei Drg non sono sufficienti.

L'inserimento dei costi e dei ricavi nelle schede di rendiconto e di *budget* delle Unità operative ha portato a miglioramenti importanti. Da controlli effettuati a campione, si è potuta riscontrare una maggiore attenzione nella richiesta di p.i.

Emerge che:

– le Unità operative che maggiormente chiedono prestazioni interne hanno attivato un percorso virtuoso per ottimizzare e razionalizzare le richieste con l'obiettivo di ridurre i costi di gestione, pur nel rispetto delle linee-guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici;

– le Unità operative che erogano p.i. hanno migliorato le performance produttive rispondendo in tempi rapidi alle richieste, anche sulla spinta incentivante della valorizzazione economica delle prestazioni effettuate.

5. Conclusioni

L'analisi di *benchmarking*, insieme al confronto tra la spesa reale rilevata e la spesa percentuale prevista per le prestazioni interne da ogni singolo Drg, mostra l'importanza della rilevazione e del monitoraggio delle prestazioni interne. Tali dati, infatti, assumono rilevanza sia per l'individuazione di

strumenti diretti a una migliore valutazione delle performance delle unità operative che per la diffusione di logiche di processo intra-aziendale utili al raggiungimento di obiettivi strategici legati alla razionalizzazione della spesa e alla responsabilizzazione degli operatori secondo il rispetto delle regole di efficacia, efficienza ed economicità richieste alle Direzioni generali.

Pertanto, i risultati del progetto consentono di affermare che, per una Direzione generale di una azienda ospedaliera di grandi dimensioni è necessaria una gestione accurata delle prestazioni intermedie. Inoltre, i risultati ottenuti fanno ritenere che sia necessaria una rivalutazione delle tariffe dei Drg, ormai sicuramente superate a causa dell'evoluzione delle tecniche medico-chirurgiche e dell'aumentare della sopravvivenza di pazienti sempre più critici dal punto di vista assistenziale.

Infatti, almeno per quanto riguarda le percentuali delle tariffe dei Drg previste per le prestazioni intermedie di diagnostica di laboratorio e radiologia, è evidente la differenza con quanto effettivamente rilevato che rafforza la considerazione che il Drg sia esclusivamente una tariffa media di riferimento regionale con la funzione di valorizzare economicamente le prestazioni e che, quindi, non necessariamente debba essere in grado

di coprire sempre i costi di produzione, non essendo un prezzo di riferimento.

L'analisi sviluppata in questo ambito costituisce un primo livello di approfondimento sul tema della valorizzazione delle prestazioni intermedie all'interno del sistema tariffario dei Drg. Il passo successivo è rappresentato dal calcolo dei loro reali costi di produzione mediante un sistema di contabilità analitica per centri di costo. Questo sistema permetterà la stima dell'efficacia del sistema di remunerazione delle prestazioni intermedie rispetto alla configurazione dei costi delle stesse.

Attribuzione

Il lavoro è frutto del contributo congiunto degli autori, in particolare si attribuiscono al prof. E. Vendramini le conclusioni e la rivisitazione complessiva dell'articolo.

Note

1. Dal 1° gennaio 2005, l'Ospedale «Giovanni XXIII» (che eroga prestazioni esclusivamente di tipo pediatrico) è stato accorpato all'Azienda Policlinico, la quale è attualmente costituita da due stabilimenti:
 - il Policlinico che si estende su un'area di circa 230.000 metri quadri ed è suddiviso in 32 padiglioni;
 - il Pediatrico «Giovanni XXIII» che si estende, a sua volta, su un'area di circa 50.000 metri quadri ed è composto da una struttura unica.
2. Nelle figure 3, 4 e 5 sono riportate, in dettaglio, le Unità operative che hanno erogato p.i.

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

- ADDUCE A., LORENZONI L. (2004), «Metodologia e primi risultati di un'indagine ministeriale sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero», *Politiche sanitarie*, 2, pp. 158-172.
- DEL BENE L., CECCARELLI S. (2010), «La valorizzazione dei servizi intermedi. Il caso delle prestazioni diagnostiche nella Ausl di Viterbo», *Mecosan*, 73, pp. 55-72.
- FALCITELLI N., LANGIANO T. (a cura di) (2004), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni del Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna.
- LANGIANO T. (a cura di) (1997), *Drg: strategie, valutazione, monitoraggio*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MARINÒ L. (2002), «Gli effetti del finanziamento a prestazione», in L. Anselmi, M. Saita (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, collana de Il Sole 24 Ore, Milano, pp. 25-32.
- NANNEI C. (2007), «La congruità delle tariffe Drg: un caso aperto», *Mecosan*, 62, pp. 151-169.
- NONIS M. (1999), «La scheda di dimissione ospedaliera nel contesto dell'ospedale», in M. Nonis, G. Corvino, A. Fortino (a cura di), *La scheda di dimissione ospedaliera*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, pp. 3-28.
- TARONI F. (1996), *Drg - Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Legislazione**
- D.M. 28 dicembre 1991, *Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera*.
- D.P.R. 17 febbraio 1992, *Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche*.
- D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
- D.M. 26 luglio 1993, *Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati*.
- D.M. 22 luglio 1996, *Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*.
- D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000, *Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati*.
- D.G.R. 2 luglio 2002, n. 829, *Tariffario regionale per gli accertamenti e le indagini in materia di igiene e sanità pubblica*.
- Bilancio di esercizio al 31 dicembre 2009 Azienda Ospedaliera Universitaria «Consorziale» Policlinico di Bari - Deliberazione del Direttore Generale n. 584 del 30 aprile 2010.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Fabio Amatucci, Stefania Mele (a cura di)

I PROCESSI DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI NELLE AZIENDE SANITARIE. ELEMENTI DI INNOVAZIONE E MODELLI DI ACCENTRAMENTO

EGEA, MILANO, 2011, € 40,00, PP. 302 - ISBN: 8823842719

Il tema degli acquisti di beni e servizi delle aziende sanitarie è oggi al centro di un profondo processo di cambiamento, che sta intervenendo su numerosi aspetti, sia a livello normativo che a livello organizzativo. Il volume, che si rivolge agli operatori delle aziende sanitarie, agli amministratori pubblici e ai manager di imprese private, approfondisce i numerosi elementi di innovazione, sia con riferimento agli aspetti normativi (riconoscimento di maggiore flessibilità per le aziende sanitarie) che alle soluzioni istituzionali e gestionali adottate dalle aziende sanitarie: il ripensamento del ruolo di Consip; il rafforzamento del ruolo dell'e-procurement e del mercato elettronico; l'introduzione di logiche di accentrimento degli acquisti in ottica inter-aziendale o regionale. Il testo propone una sistematizzazione teorica sulla complessità dei processi di acquisto pubblici e fornisce al lettore gli strumenti tecnico-operativi per la gestione delle principali problematiche relative all'approvvigionamento in sanità.

INDICE PREFAZIONE, DI GIOVANNI MONCHIERO - INTRODUZIONE, DI ELIO BORGONOVÌ - PRESENTAZIONE, DI GIOVANNI FENU - 1. QUALI LOGICHE E OBIETTIVI NELL'INNOVAZIONE DELLA FUNZIONE ACQUISTI?, DI FRANCESCO LONGO - 1.1. LE PRINCIPALI DINAMICHE EVOLUTIVE DEL SSN - 1.2. LA TRASFORMAZIONE DELLE AZIENDE DEL SSN - 1.3. CENTRALIZZAZIONE O COORDINAMENTO DEGLI ACQUISTI E DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE? - 1.4. QUALI OBIETTIVI STRATEGICI PER LA CENTRALIZZAZIONE? - 1.5. QUALI ATTORI CHIAVE PER LO SVILUPPO DELL'ACCENTRAMENTO DEGLI ACQUISTI? - 2. LE PROCEDURE PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI, DI FABIO AMATUCCI E STEFANIA MELE - 2.1. LA RILEVANZA ECONOMICA DEI PROCESSI DI ACQUISTO - 2.2. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO - 2.3. LE SCELTE E LE PROCEDURE PER L'AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PUBBLICI - 2.4. GLI AFFIDAMENTI IN ECONOMIA DI SERVIZI E FORNITURE - 2.5. CENTRALIZZAZIONE DEI PROCESSI DI ACQUISTO E FORME DI E-PROCUREMENT - 2.6. OPZIONI STRATEGICHE DELLE PROCEDURE DI ACQUISTO - 3. LE PRINCIPALI INNOVAZIONI NELLE PROCEDURE PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI, DI FABIO AMATUCCI E STEFANIA MELE - 3.1. LE PRINCIPALI INNOVAZIONI INTRODOTTE DALLA NORMATIVA COMUNITARIA E NAZIONALE - 3.2. I SISTEMI INNOVATIVI DI E-PROCUREMENT - 3.3. LA «FLESSIBILITÀ CONTRATTUALE» INTRODotta CON L'ACCORDO QUADRO - 3.4. UNA FORMA DI PARTNERSHIP PUBBLICO PRIVATO NEGLI ACQUISTI: IL DIALOGO COMPETITIVO - 4. FORME DI ESTERNALIZZAZIONE E DI PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO, DI FABIO AMATUCCI - 4.1. LEASING (OPERATIVO, FINANZIARIO, IMMOBILIARE) - 4.2. SALE & LEASE BACK - 4.3. SOCIETÀ A CAPITALE MISTO PUBBLICO-PRIVATO - 4.4. COSTITUZIONE DI UNA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE - 4.5. COSTITUZIONE DI UN'ASSOCIAZIONE IN PARTECIPAZIONE - 4.6. CONCESSIONE DI COSTRUZIONE E GESTIONE, CON E SENZA PROJECT FINANCE - 4.7. IL GENERAL CONTRACTOR (CONTRAENTE GENERALE) - 4.8 IL GLOBAL SERVICE - 4.9. LE SCELTE DI ESTERNALIZZAZIONE: VANTAGGI, NODI CRITICI E CRITERI DI VALUTAZIONE - 5. IL SISTEMA DI APPROVVIGIONAMENTO ATTRAVERSO CONSIP S.P.A. E I DIVERSI MODELLI DI E-PROCUREMENT, DI FABIO AMATUCCI - 5.1 LA NASCITA DI CONSIP S.P.A. E IL «PROGRAMMA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA PUBBLICA» - 5.2. L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DI CONSIP S.P.A. NELLE RECENTI LEGGI FINANZIARIE - 5.3 LE CONVENZIONI-QUADRO, EX ART. 26 DELLA LEGGE N. 488/99, STIPULATE DA CONSIP S.P.A. - 5.4. IL MERCATO ELETTRONICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - 5.5. LA COMPLEMENTARIETÀ TRA MERCATO ELETTRONICO E SISTEMA DELLE CONVENZIONI - 6. I MODELLI REGIONALI DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI, DI STEFANIA MELE - 6.1. I PURCHASING CONSORTIA NELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE - 6.2. ANALISI DEI DIFFERENTI MODELLI DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI ADOTTATI DALLE REGIONI ITALIANE - 6.3. LA COSTITUZIONE DI UNA SOCIETÀ PER AZIONI COME CENTRALE REGIONALE D'ACQUISTO: IL CASO DELLA REGIONE CAMPANIA - 6.4. GLI ENTI PER I SERVIZI - 6.5. UN MODELLO IBRIDO DI APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI: LE AREE VASTE E LA

CENTRALE REGIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA - 6.6. IL MODELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI A TRE LIVELLI: REGIONALE, SOVRAZIENDALE E AZIENDALE. IL CASO DELLA REGIONE VENETO - 6.7. ASPETTI FISCALI RELATIVI ALLE ATTIVITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO - 6.8. IMPATTO DEI PROCESSI DI ACCENTRAMENTO SUL MERCATO DEI FORNITORI - 6.9. PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ DELLE ESPERIENZE CONSOLIDATE DI ACCENTRAMENTO DEGLI ACQUISTI - 7. COME COSTRUIRE UN MODELLO REGIONALE DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI: IL CASO DELLA REGIONE SICILIA, DI MAURIZIO GUIZZARDI, FABIO AMATUCCI E STEFANIA MELE - 7.1. IL PIANO DI RIENTRO E LA LEGGE REGIONALE DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (L.R. N. 5 DEL 14 APRILE 2009) - 7.2. IL PERCORSO DELLA REGIONE SICILIA VERSO LA CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI - 7.3. GLI ATTORI RILEVANTI NELLE DECISIONI: UN PERCORSO COLLABORATIVO PER LA COSTRUZIONE DEL MODELLO SICILIANO DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI - 7.4. LE VARIABILI PER LE SCELTE STRATEGICHE - 7.5. CARATTERISTICHE E SPECIFICITÀ DEL MODELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DELLA REGIONE SICILIA - 7.6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - CONCLUSIONI, DI FRANCO ASTORINA - ALLEGATI

Sabina Nuti, Milena Vainieri

FEDERALISMO FISCALE E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. UN BINOMIO POSSIBILE

IL MULINO, BOLOGNA, 2011, € 19,00 PP. 238 - EAN: 9788815134578

L'introduzione del federalismo fiscale in Italia può rappresentare per il sistema sanitario nazionale un'opportunità da non perdere per riqualificare l'offerta e per garantire una sostanziale equità ai cittadini italiani? Il volume presenta i risultati di una ricerca svolta nel 2009 dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, commissionata dal Ministero della salute nell'ambito del progetto Siveas. Le Autrici evidenziano che l'introduzione del «costo standard» in sanità può rappresentare uno strumento di governance di rilevanza strategica per attivare processi di miglioramento dei servizi sanitari. Lo studio propone l'adozione di un sistema di indicatori di appropriatezza e qualità che permetta di identificare, per ciascun livello di assistenza, le Regioni best practice sulle quali vengono calcolati standard operativi di riferimento nazionali e relativi costi di erogazione. Con tali elementi le Regioni possono intraprendere un cammino di consolidamento della propria performance nel caso di best practice, o di risanamento in caso di evidenti carenze rispetto alla media nazionale mediante processi di potenziamento della qualità e di riallocazione delle risorse disponibili. Attraverso il confronto sistematico e trasparente sui risultati conseguiti è possibile potenziare il processo di responsabilizzazione delle Regioni sull'uso delle risorse destinate ai servizi sanitari.

INDICE 1. PROSPETTIVE PER L'INTRODUZIONE DEL FEDERALISMO FISCALE FRA GARANZIE E COSTI STANDARD - 2. LIVELLI DI ASSISTENZA E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI - 3. EVIDENZE STATISTICHE E INDICAZIONI DI MANAGEMENT - 4. L'INDIVIDUAZIONE DELLE REGIONI BEST PRACTICE NELLA SANITÀ ITALIANA - 5. IL CALCOLO DEL COSTO STANDARD NELLA SANITÀ ITALIANA - 6. L'INTRODUZIONE DEI PARAMETRI E DEL COSTO STANDARD NELLA SANITÀ ITALIANA - 7. APPLICAZIONE DEL METODO AI DATI 2008: RISULTATI E VARIAZIONI - POSTFAZIONE, DI GIULIANO AMATO - APPENDICE: SCHEDE DI CALCOLO DEGLI INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

L. Puddu, G. Buchi, F. Fagnola, P. Gibello Ribatto (a cura di)

ELEMENTI ESSENZIALI PER LA PREDISPOSIZIONE E LA CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE

MILANO, GIUFFÈ, 2011, € 26,00, PP. 206 - ISBN: 9788814156656

All'inizio degli anni '90 le aziende sanitarie sono state oggetto di un processo evolutivo, di origine normativa, che le ha portate ad acquisire personalità giuridica. Da questa evoluzione è scaturita la necessità di fornire alle aziende sanitarie degli strumenti che permettessero loro di controllare meglio la spesa e l'efficienza dei servizi erogati, passando così da una

contabilità finanziaria a una di tipo economico-patrimoniale. Alla luce delle riforme della contabilità pubblica (L. 196/2009) e del federalismo fiscale (L. 42/2009) e dei conseguenti provvedimenti, il volume intende sintetizzare le principali nozioni legate al bilancio delle aziende sanitarie e offrire, inoltre, una panoramica dei principali essenziali legati alla revisione contabile dei bilanci.

INDICE SEZIONE 1. PRINCIPI CONTABILI E DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE - 1.1. ECONOMIA E SANITÀ: ASPETTI FONDAMENTALI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SITUAZIONE ITALIANA - 1.2. AZIENDE SANITARIE, AMMINISTRAZIONE RAZIONALE E BILANCIO - 1.3. I PRINCIPI CONTABILI DEL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE - 1.4. IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE - 1.5. LA STRUTTURA DELLA TESORERIA DELLE AZIENDE SANITARIE - 1.6. CONSIDERAZIONI SUL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE - SEZIONE 2. PRINCIPI ESSENZIALI PER LA REVISIONE CONTABILE DEL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE 2.1. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI E DELLA REVISIONE - 2.2. IL RUOLO DEL REVISORE CONTABILE - SEZIONE 3. SUGGERIMENTI PER UN PERCORSO «VIRTUOSO» - 3.1. LE FASI PER UN PERCORSO «VIRTUOSO» - APPENDICI - APPENDICE 1. LA RECENTE NORMATIVA - APPENDICE 2. SINTESI DELLE TEMATICHE TRATTATE DAI PRINCIPI DI REVISIONE ITALIANI - APPENDICE 3. SUPPLEMENTO ORDINARIO ALLA «GAZZETTA UFFICIALE» N. 39 DEL 17 FEBBRAIO 2011 - SERIE GENERALE

Maria Triassi

IL MANAGEMENT IN SANITÀ. GOVERNO DEI SISTEMI SANITARI COMPLESSI

SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO, ROMA, 2011, € 45,00, PP. 237 - ISBN: 886515022X

Il volume vuole essere sia un manuale di management sanitario semplice e di facile consultazione per gli studenti del corso integrato di igiene e medicina preventiva delle lauree in medicina e chirurgia, in odontoiatria e delle lauree delle professioni sanitarie triennali e specialistiche, sia uno strumento di aggiornamento e di consultazione per i professionisti della sanità che hanno l'esigenza di approfondire temi quali l'evoluzione dei sistemi sanitari e i loro meccanismi di funzionamento; gli strumenti epidemiologici ed economico-gestionali per la programmazione sanitaria; le metodologie per la valutazione della domanda e dell'offerta in sanità. Il testo, infatti, accanto ad argomenti quali l'evoluzione della legislazione e dell'organizzazione dei sistemi sanitari, gli strumenti epidemiologici, affronta i principi generali e le metodologie del processo di gestione in sanità con particolare attenzione ad alcuni aspetti innovativi quali la qualità e la sicurezza dei Sistemi sanitari, la qualità istituzionale e le strategie di comunicazione come strumenti di governo della sanità. I temi trattati sono presentati in chiave di lettura critica e con sguardo flessibile sugli aspetti relativi al management in sanità, proponendo management che sappia rendersi interprete della complessità sistemica dei servizi sanitari, e favorisca lo sviluppo di prospettive applicative e di una cultura dialettica, dinamica e sensibile allo scenario storico culturale (vincoli, carenze, ma anche opportunità e risorse) del contesto di riferimento. Il rischio, infatti, in un momento di risorse limitate, quale quello attuale, è di dimenticare che l'obiettivo del governo della sanità è la produzione e la garanzia del benessere e della salute dei cittadini-utenti e non di trasformare i sistemi sanitari in carrozzoni auto-referenziali attenti solo a processi economici. Si affronta, inoltre, l'aspetto di una formazione sappia una diffondere una «cultura manageriale» che dia luogo a un salto di qualità generando un globale arricchimento umano, tecnico e professionale e un'espansione delle conoscenze.

INDICE 1. SALUTE, SANITÀ E PROGRAMMAZIONE SANITARIA - 2. L'EPIDEMIOLOGIA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA VALUTAZIONE IN SANITÀ - 3. PRINCIPI ED EVOLUZIONE NORMATIVA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ITALIANO - 4. LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI E LA PRODUZIONE DI SALUTE. PRINCIPI ASSISTENZIALI E SOSTENIBILITÀ DI GESTIONE - 5. MANAGEMENT SANITARIO E STRUMENTI DI GESTIONE IN SANITÀ - 6. QUALITÀ E SICUREZZA NEI SISTEMI SANITARI: GOVERNO CLINICO, RISK MANAGEMENT E TECHNOLOGY ASSESSMENT - 7. QUALITÀ ISTITUZIONALE: AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO - 8. STRATEGIE DI COMUNICAZIONE COME STRUMENTO DI SUPPORTO AL MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE

Giorgio Vittadini (a cura di)

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEL SISTEMA SANITARIO. ANALISI DELL'EFFICACIA OSPEDALIERA IN LOMBARDIA

GUERINI E ASSOCIATI, MILANO, 2011, € 14,00 PP. 13102 - EAN: 9788862503051

Il volume descrive il percorso in merito alla valutazione dell'efficacia ospedaliera che la Regione Lombardia ha sviluppato in questi ultimi anni e ne presenta i principali risultati. L'esposizione della metodologia statistica utilizzata e delle iniziative messe in atto nell'ambito del miglioramento della qualità del sistema sanitario regionale e la descrizione di altri sistemi di valutazione presenti in Italia e a livello internazionale rendono il testo un valido strumento per approfondire il tema della valutazione e misurazione della performance in sanità e dimostrare il notevole contributo che tali analisi possono apportare alla gestione dei sistemi sanitari.

INDICE PRAFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN SANITÀ - 1.1. METODI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA EX POST IN REGIONE LOMBARDIA - 1.2. RISULTATI: ANALISI GRAFICA E DISCUSSIONE - 2. IL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO - 2.1. LA QUALITÀ NEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO - 2.2. REGOLAMENTAZIONE E CONTROLLI DEL SISTEMA SANITARIO - 2.3. ANALISI DI EFFICIENZA DEL SISTEMA OSPEDALIERO LOMBARDO - APPENDICE 1. LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA A LIVELLO INTERNAZIONALE - APPENDICE 2. LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN ALTRE REGIONI ITALIANE - APPENDICE 3. METODOLOGIA STATISTICA

Riccardo Zanella

MANUALE DI ECONOMIA SANITARIA

MAGGIOLI, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2011, € 22,00, PP. 308 - ISBN: 8838766169

Il manuale si rivolge agli studenti dei corsi di laurea della facoltà di medicina e ai professionisti della sanità. Il testo offre un inquadramento generale dei contenuti di base dell'economia sanitaria e affronta le principali questioni in campo macro e microeconomico. Quali sono i determinanti della salute? Quali fattori caratterizzano la domanda di salute? Come si misura la salute? Come è strutturata l'offerta di assistenza a livello di sistema sanitario e a livello delle singole articolazioni produttive? In quale relazione stanno salute, reddito, sistema economico, innovazione? Perché è importante governare le dinamiche dei costi anche nelle aziende sanitarie? Attraverso tabelle, riquadri di approfondimento (spesso con riferimenti alle esperienze di altri paesi) e un focus sul sistema sanitario italiano sono forniti gli strumenti concettuali essenziali per comprendere i comportamenti di produzione e di scambio e le scelte di allocazione delle risorse nel settore.

INDICE 1. MISURARE LA SALUTE - 2. I DETERMINANTI DELLA SALUTE. POLITICHE PER LA SALUTE - 3. DOMANDA E OFFERTA NEL SETTORE SANITARIO - 4. DEFINIZIONE EMPIRICA DELLA DOMANDA SANITARIA - 5. DEFINIZIONE DELL'OFFERTA SANITARIA. I MODELLI DI SISTEMI SANITARI - 6. DEFINIZIONE DELL'OFFERTA SANITARIA. GLI EROGATORI DI ASSISTENZA - 7. ANALISI SISTEMICA - 8. PROGRESSO SCIENTIFICO, SVILUPPO TECNOLOGICO E INNOVAZIONE IN SANITÀ - 9. MISURARE E FARE VALUTAZIONI ECONOMICHE IN SANITÀ - 10. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI - 11. STATO DI SALUTE E ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA. IL FUNZIONAMENTO DEL SSN - 12. IL PROBLEMA DELL'EFFICIENZA NELLE ORGANIZZAZIONI PRODUTTIVE. IL CONTROLLO DEI COSTI NELLE AZIENDE SANITARIE

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

LI Y., JENSE G.A.

The impact of private long-term care insurance on the use of long-term care

Inquiry, 2011, 48(1), pp. 34-50

SHAEFER H.L., GROGAN C.M., POLLACK H.A.

Transitions from private to public health coverage among children: estimating effects on out-of-pocket medical costs and health insurance premium costs

Health Services Research, 2011, 46(3), pp. 840-58

REITER K.L., SONG P.H.

The role of financial market performance in hospital capital investment

Journal of Health Care Finance, 2011, 37(3), pp. 38-50

CAREY K., BURGESS J.F., YOUNG G.J.

Hospital competition and financial performance: the effects of ambulatory surgery centers

Health Economics, 2011, 20(5), pp. 571-81

SCHWIERZ C.

Expansion in markets with decreasing demand-for-profits in the German hospital industry

Health Economics, 2011 Jun, 20(6), pp. 675-87

BREZIS M., WIIST W.H.

Vulnerability of health to market forces

Medical Care, 2011, 49(3), pp. 232-9

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

BROYLES R.W., MATTACHIONE S., KHALIQ A.

A planning model for the short-term management of cash

Health services management research, 2011, 24(1), pp. 37-44

CUMMING J., MAYS N.

New Zealand's Primary Health Care Strategy: early effects of the new financing and payment system for general practice and future challenges

Health Economics Policy Law, 2011, 6(1), pp. 1-21

CAPPELLARO G., GHISLANDI S., ANESSI-PESSINA E.

Diffusion of medical technology: The role of financing

Health policy, 2011, 100(1), pp. 51-59

STEWART L.J., SMITH P.C.

An examination of contemporary financing practices and the global financial crisis on nonprofit multi-hospital health systems

Journal of Health Care Finance, 2011, 37(3), pp. 1-24

KIFMANN M., LORENZ N.

Optimal cost reimbursement of health insurers to reduce risk selection

Health Economics, 2011, 20(5), pp. 532-52

ECONOMIA DEL FARMACO

LEXCHIN J.

Coverage with evidence development for pharmaceuticals: a policy in evolution?

International Journal of Health Services, 2011, 41(2), pp. 337-54

CHALKIDOU K., ANDERSON G.F., FADEN R.

Eliminating drug price differentials across government programmes in the USA

Health Economics Policy Law, 2011, 6(1), pp. 43-64

GARCIA MARIÑOSO B., JELOVAC I., OLIVELLA P.

External referencing and pharmaceutical price negotiation

Health Economics, 2011, 20(6), pp. 737-56

MORGAN S., GROOTENDORST P., LEXCHIN J., CUNNINGHAM C., GREYSON D.

The cost of drug development: A systematic review

Health Policy, 2011, 100(1), pp. 4-17

FADEN L., VIALLE-VALENTIN C., ROSS-DEGNAN D., WAGNER A.

Active pharmaceutical management strategies of health insurance systems to improve cost-effective use of medicines in low- and middle-income countries: A systematic review of current evidence

Health Policy, 2011, 100(2-3), pp. 134-143

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

GELORMINO E., BAMBRA C., SPADEA T., BELLINI S., COSTA G.

The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base

International Journal of Health Services, 2011, 41(2), pp. 209-30

COMPAGNI A., GERZELI S., BERGAMASCHI M.

The interplay between policy guidelines and local dynamics in shaping the scope of networks: the experience of the Italian Departments of Mental Health.

Health Services Management Research, 2011, 24(1), pp. 45-54

SMITH S., NORMAND C.

Equity in health care: the Irish perspective

Health Economics Policy and Law, 2011, 6(2), pp. 205-17

HERR A., SCHMITZ H., AUGURZKY B.

Profit efficiency and ownership of German hospitals

Health Economics, 2011, 20(6), pp. 660-74

LOURENCO T., GRANT A.M., BURR J.M., VALE L.

The introduction of new interventional procedures in the British National Health Service. A qualitative study

Health policy 2011, 100(1), pp. 35-42

FERRARIO C., ZANARDI A.

Fiscal decentralization in the Italian NHS: What happens to interregional redistribution?

Health policy 2011, 100(1), pp. 71-80

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

CALCIOLARI S., CANTÙ E., FATTORE G.

Performance management and goal ambiguity: managerial implications in a single payer system

Health Care Management Review, 2011, 36(2), pp. 164-74

QUADRELLI M.

La formazione e il lavoro degli infermieri

Sanità pubblica e privata, 2011, 2, pp. 5-40

GALIZZI M.M., MIRALDO M.

The effects of hospitals' governance on optimal contracts: bargaining vs. contracting

Journal of Health economics 2011, 30(1), pp. 408-424

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

SPURGEON P., MAZELAN P., BARWELL F.

A management control approach to monitor large-scale change: an illustration in the context of reconfiguration

Health Services Management Research, 2011, 24(1), pp. 19-28

SANTRIC MILICEVIC M.M., BJEGOVIC-MIKANOVIC V.M., TERZIC-SUPIC Z.J., VASIC V.

Competencies gap of management teams in primary health care

European Journal of Public Health, 2011, 21(2), pp. 247-53

FRANZOSINI A., NANTE N., ROSSI A.

Il governo ed il controllo degli obiettivi di budget nell'attuale sistema sanitario toscano

Organizzazione Sanitaria, 2011, 35(1), pp. 4-20

FLEMING N.S., CULLER S.D., MCCORKLE R., BECKER E.R., BALLARD D.J.

The financial and nonfinancial costs of implementing electronic health records in primary care practices

Health Affairs, 2011, 30(3), pp. 481-9

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

GAYLIN D.S., MOIDUDDIN A., MOHAMOUD S., LUNDEEN K., KELLY J.A.

Public attitudes about health information technology, and its relationship to health care quality, costs, and privacy

Health Services Research, 2011, 46(3), pp. 920-38

BUNTIN M.B., BURKE M.F., HOAGLIN M.C., BLUMENTHAL D.

The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results

Health Affairs, 2011, 30(3), pp. 464-71

BECLA L., LUNSHOF J.E., GURWITZ D., SCHULTE IN DEN BÄUMEN T., WESTERHOFF H.V., LANGE B.M., BRAND A.

Health technology assessment in the era of personalized health care

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2011, 27(2), pp. 118-26

VALUTAZIONI ECONOMICHE

PRICE M.J., WELTON N.J., BRIGGS A.H., ADES A.E.

Model averaging in the presence of structural uncertainty about treatment effects: influence on treatment decision and expected value of information

Value in Health, 2011, 14(2), pp. 205-18

COOPER N.J., PETERS J., LAI M.C., JUNI P., WANDEL S., PALMER S., PAULDEN M., CONTI S., WELTON N.J., ABRAMS KR, BUJKIEWICZ S., SPIEGELHALTER D., SUTTON A.J.

How valuable are multiple treatment comparison methods in evidence-based health-care evaluation?

Value Health, 2011, 14(2), pp. 371-80

JAIN R., GRABNER M., ONUKWUGHA E.

Sensitivity analysis in cost-effectiveness studies: from guidelines to practice

Pharmacoeconomics, 2011, 29(4), pp. 297-314

HAWKINS N., SCOTT D.A.

Reimbursement and value-based pricing: stratified cost-effectiveness analysis may not be the last word

Health Economics, 2011, 20(6), pp. 688-98

CRAIG B.M., BUSSCHBACH J.J.

Toward a more universal approach in health valuation

Health Economics, 2011, 20(7), pp. 864-75

È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: Rinnovo dell'abbonamento a **MECOSAN + MECOSAN CLICK** per l'anno 2011.

Egregio lettore,

MECOSAN, rivista di management ed economia sanitaria, è un laboratorio privilegiato per l'approfondimento delle nuove teorie alla base della managerialità che sta oggi guidando il modo di fare azienda in sanità.

Rivista trimestrale, edita sotto gli auspici del Ministero della salute, è un osservatorio attento su quanto di nuovo emerge nell'organizzazione e nella gestione del sistema sanitario ed è per questo uno strumento indispensabile per chi vuole gestire azionalmente le strutture sanitarie.

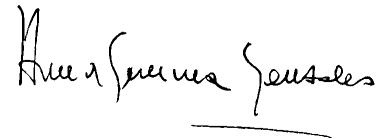
In più, **MECOSAN** si è dotata del supporto informatico **MECOSAN click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni L'hanno convinta ad essere già abbonato a **MECOSAN** o La convinceranno a diventarlo sottoscrivendo subito l'abbonamento per il 2011 a **MECOSAN** per sé e per i suoi collaboratori.

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

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, aprile 2011.

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO A MECOSAN 2011

Programma abbonamento 2011

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04) - Roma

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

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

- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo** al prezzo di € 345,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo + MECOSAN click** al prezzo complessivo di € 545,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN click** al prezzo di € 550,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **MECOSAN**).

● Pertanto:

- accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**;
- ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata.
- 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.
Barrare la casella che interessa

..... lì

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

Costo dell'abbonamento per l'anno 2011: € 345,00

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 2011 è fissato in:

€ 345,00 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 2011 per l'estero è fissato come segue: € 345,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 445,00, 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)	€ 320,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 320,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 320,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 320,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 320,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 320,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 320,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 320,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 320,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 320,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 345,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 345,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 345,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 345,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 345,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600)	€ 345,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 5.359,25, anziché € 6.305,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.