

# MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 80 OTTOBRE-DICEMBRE 2011

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

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

### SAGGI

- 9** Lo sviluppo della professione infermieristica: opportunità e condizioni  
*Mario Del Vecchio, Carlo De Pietro*
- 27** Cultura organizzativa e cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche  
*Anna Prenestini*
- ### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO
- 47** Governo dei costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione  
*Francesca Lecci, Marco Morelli*
- 65** Farmaco di marca vs farmaco equivalente. E se a vincere fosse la marca commerciale?  
*Erika Mallarini*
- 85** L'ABC e il benchmarking di processo nella valutazione delle attività di day surgery  
*Salvatore Russo*
- 105** Pediatri di famiglia e prevenzione delle patologie croniche: la presa in carico del bambino in eccesso ponderale  
*V. Scardigli, E. Vettorelli, G. Fioravanti, M.L. Marchetti, P. Manotti, A. Pelizzoni, R. Peasso*
- 121** La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: l'A.O. Bolognini di Seriate  
*Valeria D. Tozzi, Paola Roberta Boscolo*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 137** Novità bibliografiche

## 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 - III parte

ELIO BORGONOVÌ

*Proseguendo l'analisi con riferimento alle lettere dell'alfabeto, alla lettera G possono essere collegati i seguenti concetti: Garanzia, Giustizia, Governo e Governance, in considerazione del fatto che la tutela della salute è riconosciuta nella dichiarazione delle Nazioni unite come «diritto umano» e che in molti Paesi esso è definito come diritto dei cittadini e di tutte le persone che si trovano sul territorio, come accade ad esempio per gli immigrati, anche se irregolari. Infatti, perfino nei Paesi nei quali non esiste un servizio sanitario nazionale vi sono leggi o altri provvedimenti che hanno la finalità di garantire un certo livello di assistenza e tali garanzie, non di rado, si estendono anche agli immigrati non regolari: in alcuni casi con intervento delle strutture pubbliche (per esempio, in Italia, l'assistenza in Pronto soccorso è garantita senza obbligo di denuncia degli irregolari), in altri casi con interventi di associazioni e organizzazioni non profit, la cui attività viene promossa dalle stesse istituzioni pubbliche. Tuttavia, va sottolineato che la Garanzia di tutela della salute non può essere ridotta al semplice elemento giuridico e formale, in quanto essa è direttamente correlata alla qualità delle politiche, ai criteri di allocazione delle risorse economiche, alla funzionalità degli ospedali e delle altre strutture assistenziali, al tipo di relazioni che si stabiliscono tra medici, infermieri, altri operatori della salute e pazienti. Inoltre, la garanzia di tutela della salute non può e non deve mai essere separata dai criteri di appropriatezza e, soprattutto, da quelli di sicurezza per il paziente. Spesso accade che la popolazione sia indotta a difendere la presenza di piccoli ospedali o di altre strutture assistenziali, anche se esse non possono avere caratteristiche tecniche e di funzionalità idonee a garantire la sicurezza e l'appropriatezza delle diagnosi e dei trattamenti per i pazienti. Uno dei paradossi delle politiche sanitarie consiste nel fatto che, a volte, coloro che attuano politiche finalizzate ad aumentare la Garanzia per i pazienti si devono scontrare con l'opposizione delle stesse persone che essi intendono tutelare.*

*A sua volta, la Garanzia per la tutela della salute non può prescindere dal riferimento al principio-valore della Giustizia. Giustizia significa tutela dei diritti umani, civili, sociali, politici ed economici in un sistema nel quale esiste un equilibrio tra diritti e doveri. Poiché la tutela della salute costituisce uno dei diritti fondamentali della persona, non vi è Giustizia se tale diritto non è tutelato in modo soddisfacente. È il caso, per esempio, di sistemi sanitari che presentano la caratteristica delle «due velocità», ossia fondati su una sanità privata di alto livello qualitativo, cui ha accesso un insieme limitato della popolazione, e su una sanità pubblica (o mutualistica nelle diverse forme adottate in vari Paesi) di qualità più bassa, in ragione delle difficoltà di finanziamento. In situazioni del genere, si può dire che, pur in presenza di sistemi che «formalmente» possono avere una copertura universale o comunque molto estesa (oltre il 95% della popolazione), non viene rispettato il principio-valore, qualunque sia l'accezione a esso attribuita. Infatti, di fronte a un diritto della persona, è indubbio che viene meno il principio-valore di Giustizia quando esiste un sistema che consente a una parte della popolazione di avere cure strutturalmente migliori di un'altra componente della popolazione solo per motivi economici, in ragione di una maggiore rilevanza e severità del*

bisogno di salute. Peraltro, il principio-valore di Giustizia viene meno anche nei casi in cui si determinano altre differenze strutturali nell'accesso alle cure: è il caso di gruppi sociali che, in virtù della loro capacità di lobby, riescono a far prevalere i propri bisogni, anche quando essi per natura e per severità avrebbero un minore livello di priorità rispetto ad altri, oppure il caso di disparità che si determinano fra aree geografiche a causa di fattori quali debolezza delle istituzioni e presenza della malavita organizzata. Un sistema sanitario che non è in grado di garantire i livelli di assistenza definiti dalle leggi, non solo viene meno al principio di legalità, ma viene meno al principio di Giustizia con effetti deteriori sulla sua credibilità e legittimazione presso i pazienti. Inoltre, occorre ricordare che il principio di Giustizia sociale può essere messo in discussione anche in presenza di politiche sanitarie condizionate da vincoli finanziari posti dall'esterno. Può essere considerato giusto un sistema nel quale la tutela del diritto alla salute viene ridotta in misura significativa da politiche di contenimento della spesa imposte dall'esigenza di dare fiducia ai mercati finanziari? La risposta dipende evidentemente dalla diversa concezione di società e di economia. Tuttavia, anche nel caso in cui i vincoli imposti dalle reazioni dei mercati finanziari rispetto alle politiche dei Paesi siano (o appaiano) rigidi e in un certo senso obbligati, è discutibile che le conseguenti politiche si possano considerare improntate al principio di Giustizia. Non tutto ciò che è economicamente motivato o che è legale, con riferimento al diritto positivo, può essere considerato giusto sul piano etico, morale e dei rapporti sociali. Certamente la problematica non può essere esaurita nello spazio di un editoriale, ma si ritiene opportuno sollevare il problema in un periodo nel quale sembra che, di fronte a reali o presunte valutazioni di razionalità economica, ogni altra considerazione debba perdere di valore o diventare irrilevante.

Per garantire la tutela della salute secondo il principio-valore di Giustizia è necessario che un sistema sia Governato. L'idea, anzi l'illusione, degli economisti liberisti secondo cui il mercato e la concorrenza producono effetti di «autoregolazione» si è rivelata fallace per molti beni e servizi e per molti settori di attività. Essa è tantomeno proponibile nel caso di un bene particolare e così importante qual è la tutela della salute. Pertanto, indipendentemente dal fatto che si sia in presenza di un modello di Servizio sanitario nazionale a copertura universale, o di un modello di sistema di tipo mutualistico volontario o obbligatorio, o di un modello basato su assicurazioni private integrato da programmi pubblici (come nel caso degli Stati Uniti), è necessario che vi sia una attiva azione di Governo da parte dei diversi livelli rappresentativi della sovranità. Si fa riferimento al livello di Stato federale e degli enti federali (Stati negli Usa e Brasile, Province in Canada, Lander in Germania, Cantoni in Svizzera), di Stato centrale e dei livelli infra-statali (Regioni in Italia, Province in Cina, ecc.) che devono definire piani sanitari, regole per il finanziamento e l'allocazione delle risorse, linee-guida e di indirizzo per i diversi soggetti pubblici e privati. L'azione di Governo, a sua volta, può essere attuata secondo due modelli logici, che sono bene espressi dall'uso di due termini inglesi. Il primo, Government, indica che la dinamica del sistema di tutela della salute è prevalentemente guidata tramite l'uso di poteri sovraordinati, di piani, indirizzi, linee-guida dettagliati e rigidi, controlli puntuali sul funzionamento dei diversi organismi che hanno funzioni e competenze nel campo della tutela della salute. Il secondo, Governance, consiste nella capacità di orientare i diversi soggetti del sistema, pubblici e privati, tramite piani, regole, linee-guida che definiscono gli obiettivi che si intendono raggiungere, le priorità, un insieme di incentivi/disincentivi. Governance significa anche proporre forme di controllo che non entrano nel merito dello svolgimento delle singole attività, ma che vengono esercitate con riferimento al raggiungimento degli obiettivi in termini di risposta ai bisogni di salute, quantità e qualità dei servizi erogati, ecc. Nella logica di Government prevalgono le relazioni «dall'alto in basso»: per esempio, si definiscono gli equilibri finanziari compatibili con la situazione macroeconomica del Paese e da essi si fanno discendere indirizzi normativi che vincolano i comportamenti dei livelli di governo inferiore e il funzionamento degli enti che erogano prestazioni (ospedali, altre strutture di assistenza). Nei sistemi che si richiamano alla logica di Governance prevalgono le relazioni «dal basso verso l'alto», o almeno di tipo misto. Ciò significa ritenere che gli equilibri generali di sistema possano

essere raggiunti solo se la maggior parte dei diversi soggetti che lo compongono (erogatori di servizi come sono le aziende sanitarie Asl e A.O., mutue, le assicurazioni private, i fondi integrativi) sono incentivati e sono in grado di migliorare il loro livello di appropriatezza, efficacia, efficienza, produttività. Oppure significa avere fiducia in un sistema «misto», nel quale le relazioni «dall'alto in basso» (piani, linee-guida, criteri di finanziamento) non sono rigide e dettagliate, ma sono tali da consentire alle unità di base del sistema di adeguare il proprio funzionamento alle specifiche condizioni in cui ognuna di esse opera. Un sistema complesso, quale deve considerarsi la tutela della salute, non può e non potrà mai essere governato secondo la logica di Government, a meno di non farlo diventare burocratico, intendendo per burocrazia non solo il vincolo di rispetto di norme giuridiche ma, in senso più lato, il rispetto di norme di comportamento economico anonime, standardizzate, non coerenti con la realtà che è differenziata.

La lettera I evoca molti concetti che ben si adattano al sistema di tutela della salute. Innanzitutto, l'Interdipendenza tra i fattori che determinano il buono stato di salute o l'emergere di patologie. Si tratta di stili di vita, condizioni dell'ambiente fisico (inquinamento e altro), condizioni familiari e dell'ambiente di lavoro che possono causare stress o traumi (si pensi agli incidenti di lavoro causati da condizioni psicofisiche alterate, nonché dalla mancanza di adeguati sistemi di sicurezza), di ferite da incidenti stradali che possono avere complicazioni derivanti da malattie genetiche o di altro tipo (ad esempio diabete, immunodeficienza ecc.). L'interdipendenza riguarda anche il rapporto tra bisogno - domanda - offerta di servizi di tutela della salute. La mancanza di servizi di prevenzione può determinare malattie o diminuzione dello stato di salute, che a loro volta determineranno la richiesta (domanda) di servizi di diagnosi e cura. A sua volta, la presenza di strutture diagnostiche di un certo tipo può determinare la moltiplicazione di esami non necessari e, a volte, addirittura inappropriati e dannosi per la salute. L'Interdipendenza tra le diverse funzioni del corpo e della mente spesso viene dimenticata, sia nei processi diagnostici sia in quelli terapeutici. Infatti, la tendenza alla specializzazione determina spesso approcci secondo cui si fa la diagnosi e si cura una malattia, una funzione (respiratoria, cardiovascolare, neurologica ecc.) senza tener conto degli effetti su altri organi e altre funzioni, cioè senza avere presente la persona in senso olistico. Non di rado, si dimentica quanto previsto dall'art. 1 della legge 833/78 che definisce la salute come «benessere fisico, psichico (e si può aggiungere spirituale in senso religioso o laico) della persona».

Il concetto di Interdipendenza rimanda immediatamente a quello di Integrazione. La legge che ha introdotto il Ssn definiva le Unità sanitarie locali (in seguito divenute Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere, con i decreti 502/92 e 517/93), come «l'insieme dei presidi e dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione», in cui il concetto di insieme era chiaramente inteso come sistema coordinato e integrato di persone che operano in strutture in senso fisico (ospedali, ambulatori ospedalieri ed extraospedalieri, centri diagnostici, centri di medicina di comunità ecc.), svolgendo attività da considerarsi tra loro correlate. Il concetto di Integrazione deve poi essere esteso al rapporto tra Regione, da un lato, e Asl e A.O. regionali, dall'altro. Queste ultime devono essere considerate come entità giuridiche ed economiche dotate di autonomia amministrativa, gestionale, organizzativa, patrimoniale, di bilancio che, tuttavia, deve essere esercitata tenendo conto della integrazione con tutte le aziende del «sistema-regione». Per esempio, se l'applicazione dei sistemi di finanziamento sulla base di Drg dovesse indurre aziende ospedaliere ad aumentare i volumi di ricoveri o a classificare in modo non appropriato i pazienti, con il solo (o principale) scopo di migliorare il risultato del proprio bilancio, con l'effetto di causare disavanzi nei bilanci delle aziende sanitarie e territoriali, si avrebbe il mancato rispetto del principio di Integrazione funzionale ed economica, con la conseguenza di un effetto complessivo negativo (numero di ricoveri non appropriati moltiplicato per i costi variabili effettivi di ognuno di essi). Il principio-criterio di Integrazione dovrebbe riguardare anche i rapporti tra Regioni e delle stesse con lo Stato centrale. Ciò dovrebbe indurre ad adottare politiche e decisioni che premiano alcune Regioni

e penalizzino altre, a condizione che non si abbia un risultato complessivo negativo, per esempio aumento della spesa sanitaria totale.

Un carattere che diventa ogni giorno più importante nei sistemi di tutela della salute è quello della Interculturalità. Da sempre si sottolinea che il rapporto con la salute propria e quella degli altri è un elemento qualificante della cultura di una popolazione, elemento questo oggi reso ancor più forte dalle possibilità di mobilità delle persone, sia dei pazienti, sia di medici, infermieri, altri professionisti. Occorre tenere presente aspetti delle diverse culture quando si applicano metodi di diagnosi e cura a popolazioni diverse. Per esempio, in popolazioni nelle quali esiste un elevato tasso di analfabetismo, o comunque l'abitudine a seguire più il linguaggio delle immagini che non quello delle parole, le indicazioni riguardanti i farmaci devono far riferimento a figure, rappresentazioni grafiche o immagini più che a spiegazioni scritte (i famosi, o famigerati, bugiardini che peraltro sono illeggibili per chiunque). I processi di diagnosi e di cura in cui esse sono attuate non possono prescindere dal modo in cui, nelle diverse culture, è percepito il rapporto tra uomini e donne e il concetto di privacy. In realtà in cui vi è una larga presenza di medici, infermieri, ausiliari socio assistenziali (Asa) e operatori socio sanitari (Oss) e altre figure provenienti da altri Paesi, a volte esistono problemi di conoscenza di contenuti professionali (anche quando i titoli formali sono riconosciuti), di corretta comprensione della lingua e, quindi, delle prescrizioni o dei documenti di passaggio delle consegne da un turno all'altro, di rapporti con i pazienti. Se questi problemi non sono affrontati in modo organico, si possono avere effetti non desiderati sul piano della sicurezza dei pazienti (per esempio somministrazione errata di farmaci, non rispetto degli orari) e delle relazioni interpersonali che si riflettono sulla qualità dell'assistenza. Poiché la cultura dominante negli ultimi decenni ha associato la qualità dell'assistenza alla presenza di strumenti sempre più sofisticati di diagnosi e cura, si sono diffusi tra gli operatori e le strutture comportamenti che portano alla richiesta di apparecchiature e attrezzature sempre più sofisticate, solo per motivi di prestigio e senza che vi siano reali effetti positivi sul piano della tutela della salute. Anche nei programmi di assistenza e cooperazione nei confronti di Paesi a basso livello di sviluppo, non di rado, vi è stata la tendenza a privilegiare ospedali e strutture con attrezzature sofisticate e a elevato costo, quando invece sarebbero state molto più utili strutture e attrezzature meno sofisticate, con più basso costo e, quindi, con la possibilità di una diffusione più capillare sul territorio.

Una fondamentale sfida che i sistemi di tutela della salute si trovano ad affrontare è quella del rapido cambiamento che caratterizza la società e l'economia. Nella società cambiano usi e costumi, atteggiamenti, comportamenti, relazioni, che si riflettono sulle condizioni di salute delle persone e di interi gruppi (si pensi ai rischi di pandemie o alle malattie trasmissibili per contatti di vario tipo e, in particolare, per rapporti sessuali). In molti Paesi, si hanno situazioni politiche e sociali quali conflitti, catastrofi naturali che provocano flussi di migliaia di migranti forzati spesso raccolti in campi nei quali si manifestano epidemie di vario tipo e malattie derivanti da malnutrizione, mancanza di accesso ad acque potabili ecc.

Negli ultimi anni, l'economia ha portato a situazioni di crisi e a situazioni di concentrazione della ricchezza, da un lato, e di aumento della povertà, dall'altro, a cui sono collegate rispettivamente «le malattie dei ricchi» e le «malattie indotte dalla povertà» (per esempio, anche in molti Paesi occidentali sono aumentate le malattie di bambini e adolescenti che vivono in condizioni di malnutrizione o di cattive condizioni igieniche delle abitazioni e degli ambienti in cui vivono usualmente). I sistemi di tutela della salute, nella componente pubblica, privata, non profit, non possono più seguire la logica dell'inerzia che determina evoluzioni prevedibili e lineari. Esistono numerose tipologie di Inerzia, che a loro volta si autoalimentano: quella professionale, di chi tende a ripetere approcci al paziente consolidati dall'esperienza; quella organizzativa, connessa al fatto che, in presenza di strutture architettoniche costruite pensando ai ricoveri, si tenderà a privilegiare il ricovero dei pazienti a danno di soluzioni quali day hospital, ambulatoriale, ecc. Quella funzionale, secondo la quale, di fronte a modelli del passato basati sulla distinzione, e non di rado netta separazione, tra l'assistenza ospedaliera,

*specialistica extraospedaliera, di base garantita dai medici di medicina generale (Mmg), diventa difficile introdurre modelli di continuità delle cure o che fanno riferimento a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (di fronte alla distinzione/separazione delle strutture di offerta diventa difficile, se non impossibile, realizzare una appropriata, efficiente, economica assistenza di pazienti cronici e lungodegenti); quella economica, quando a fronte del contenimento del finanziamento o un suo aumento inadeguato rispetto all'aumento dei bisogni e delle conoscenze che consentono di rispondere a bisogni sempre più estesi e complessi, prevalgono politiche di semplice razionalizzazione (che comunque rappresenta un aspetto positivo) quando non addirittura di riduzione dei servizi (che rappresenta indubbiamente una Inerzia negativa).*

*Le dinamiche del sistema che rispondono al principio di Inerzia possono essere ridotte o modificate strutturalmente tramite la diffusione nel sistema dell'Innovazione che può assumere diversi contenuti. In primo luogo si tratta di Innovazione delle conoscenze, consentita dalla ricerca sviluppata non solo nelle università o nei centri di ricerca biomedica o correlata alla salute, ma anche nei luoghi di assistenza, come avviene quando metodiche di diagnosi, cura e riabilitazione passano, dai laboratori o dagli ambiti di sperimentazione, alla diffusione in contesti nei quali non sono garantite condizioni «ottimali». Innovazione significa, infatti, scoprire «qualcosa di nuovo», ma anche «capacità di adattare qualcosa (nel caso specifico metodiche di diagnosi cura e riabilitazione) a differenti condizioni». Si tratta anche di Innovazione professionale, che significa capacità di far emergere nuovi profili assistenziali con competenze di tipo interdisciplinari attuando, se necessario, coerenti politiche di formazione e riqualificazione del personale. Spesso le persone non accettano il nuovo poiché hanno paura di non essere in grado di svolgere nuovi compiti e nuove funzioni e di non essere all'altezza delle responsabilità che ne deriverebbero. Politiche di assunzione e di formazione che riducono tali timori possono favorire l'accettazione del cambiamento. Non bisogna, poi, dimenticare l'Innovazione sul piano delle strutture fisiche (ad esempio, ospedali progettati per un'organizzazione secondo il principio della intensità di cure, con un'attività di ricovero ridotta e un'ampia attività di tipo territoriale, con spazi adeguati anche per momenti di relazioni con i parenti) e delle strutture organizzative (ad esempio organizzazione a rete, con nodi di assistenza con diverso grado di specializzazione), dei sistemi tramite cui si «fanno girare» le informazioni e le certificazioni invece che i pazienti (ad esempio diagnosi a distanza e, più in generale, telemedicina e teleassistenza, consultazione via internet degli esiti di accertamenti diagnostici, ecc.). Infine, bisogna considerare l'Innovazione sul piano funzionale, che significa, da un lato, utilizzazione delle persone in rapporto alle proprie competenze e alle finalità di garantire l'appropriatezza, la sicurezza per i pazienti e l'efficienza per le aziende e, dall'altro, cercare di «costruire contenuti di lavoro e di responsabilità» idonei a tenere elevato i livelli di motivazione e di identificazione delle persone con l'azienda (organizational engagement and commitment).*

*Non va poi dimenticato che non può esistere Innovazione senza che vi sia uno spirito imprenditoriale diffuso a vari livelli. Le teorie economiche e manageriali classiche hanno collegato il termine di Imprenditorialità alla attività di imprese mosse dalle finalità di profitto, dimenticando che la natura di tale concetto deve essere riferita alla capacità di precedere e anticipare esigenze del futuro, alla disponibilità ad assumere un rischio per prepararsi a dare risposte a tali esigenze (non necessariamente il rischio deve essere di tipo economico, ma può riguardare il rischio professionale e la progressione economica delle persone), alla capacità di organizzare molteplici risorse per svolgere attività complesse. Anticipazione del futuro, orientamento al rischio, competenze e capacità di organizzare attività complesse sono presenti in misura massiccia nelle funzioni di tutela della salute a vari livelli. Ne consegue che deve cadere un altro concetto delle teorie classiche che collegava l'Imprenditorialità alla proprietà alle funzioni di vertice di imprese e, in generale, di organizzazioni complesse (top management). Per seguire e alimentare l'Innovazione vi deve essere Imprenditorialità diffusa anche ai livelli organizzativi intermedi e operativi, in quanto la direzione di un dipartimento, di una unità operativa complessa o semplice, di un'azienda sanitaria o di un'azienda*

*ospedaliera, la gestione di un blocco operatorio, l'assistenza a una persona portatrice di malattie cronico-degenerative richiede un crescente contenuto di Imprenditorialità intesa come nuove modalità per risolvere un problema.*

*In conclusione, si può ricordare che il rapporto tra Inerzia e Innovazione non sempre produce effetti di carattere positivo o stabilizzante. Di fronte a vincoli di carattere finanziario, a condizioni politico istituzionali negative, all'indebolimento di valori professionali (per esempio deontologia medica) ed etici (rispetto della dignità della persona umana), si può determinare una Involuzione del sistema. Ciò significa che diritti e livelli di assistenza acquisiti non sono più garantiti o non sono garantiti in senso universalistico. Quindi, il dibattito sulle politiche di copertura universale non riguarda solo il tema di come diffondere la tutela di un livello di salute soddisfacente per tutta la popolazione in Paesi in cui tale diritto non è riconosciuto, ma riguarda sempre più il problema simmetrico di come evitare che la copertura assistenziale diminuisca per parti rilevanti di popolazioni, che in passato godevano e forse ancor oggi godono di tale diritto.*



# Lo sviluppo della professione infermieristica: opportunità e condizioni

MARIO DEL VECCHIO, CARLO DE PIETRO

*It's more than a decade that in Italy nurses have reached a full «university status». Yet, there seems still to be a wide gap between nurses' formal qualification and their actual role and status in healthcare organizations. The article argues that a predictable physicians shortage, a growing attention to operations efficiency and the diffusion of patient centered hospitals with a major focus on care (opposite to cure) may help nurses in acquiring a better position. Conclusions underline the importance of stronger university basis for the profession and clearer paths of specialization.*

Keywords: nurses, Italy, professionalisation

Parole chiave: infermieri, Italia, professionalizzazione

## Note sull'autore

Mario Del Vecchio è Professore associato Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Firenze; Direttore Master in Management per la Sanità, SDA Bocconi School of Management

Carlo De Pietro è Docente SUPSI - Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana; Coordinatore Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e socio-assistenziali, SDA Bocconi School of Management; Ricercatore a contratto CERGAS Bocconi

## Attribuzione

L'articolo riprende e sviluppa una prima versione breve apparsa come Del Vecchio (2010) ed è frutto di una riflessione comune dei due autori. La redazione finale dei §§ 1, 2, 7 è stata curata da M. Del Vecchio. Quella dei §§ 3, 4, 5, 6 da C. De Pietro

## 1. Oggetto e obiettivi

Gli infermieri hanno da sempre esercitato un ruolo chiave all'interno delle strutture ospedaliere italiane, sia per le attività di assistenza prestate direttamente ai pazienti, sia per l'organizzazione e la gestione delle strutture. Questo ruolo nel tempo ha vissuto cambiamenti fondamentali, legati a variabili in qualche misura esterne alla professione infermieristica (condizioni di salute e aspettative della popolazione, conoscenze disponibili in campo sanitario, modalità di finanziamento e organizzazione dei servizi, ecc.) e a mutamenti della professione stessa (evoluzione della formazione, affermazione di una più piena autonomia professionale, nuove modalità di relazione con i medici e il personale di supporto, ecc.).

Il presente articolo tratta del ruolo che gli infermieri attualmente hanno nell'organizzazione ospedaliera in Italia e delle prospettive di tale ruolo nel prossimo futuro, tenuto conto in particolare di tre importanti evoluzioni in corso che riguardano, rispettivamente:

a) la crescente attenzione alla dimensione operativa della gestione ospedaliera e cioè all'impatto che determinate configurazioni tecniche o organizzative possono avere nella gestione del flusso dei pazienti e dei beni, in un'ottica di ottimizzazione dei processi fisici e di comunicazione;

b) il progressivo superamento di una struttura organizzativa interna agli ospedali fondata sulle unità operative monospecialistiche, a favore di soluzioni in cui la divisione degli spazi e l'assistenza ai pazienti siano ispirate al concetto di «intensità di cura»;

## SOMMARIO

1. Oggetto e obiettivi
2. Professioni e organizzazione
3. Il modello infermieristico e l'ambiente
4. L'emergere della dimensione operativa
5. L'emergere della dimensione assistenziale
6. La demografia delle professioni
7. Alcune riflessioni conclusive

c) i profondi cambiamenti in corso nella struttura demografica delle professioni sanitarie e in particolare della professione medica, caratterizzata da invecchiamento, femminilizzazione e insufficiente *turn-over*.

Alla luce di tali evidenze, l'articolo propone una riflessione, sollecitando un confronto che – aperto ai contributi dei diversi principali attori del sistema sanitario italiano – metta in evidenza alcune opportunità che la professione infermieristica in Italia ha di fronte a sé e le opzioni disponibili rispetto agli atteggiamenti con cui ricercare un nuovo posizionamento nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

Infine, sebbene l'articolo prenda a prevalente riferimento l'organizzazione ospedaliera (e a questa in particolare si riferiscano i punti a e b visti sopra), ragionamenti analoghi, seppure in forma più complessa, potrebbero essere svolti per le attività che hanno luogo nel territorio.

## 2. Professioni e organizzazione

Il concetto di professione, centrale nello sviluppo dei sistemi sanitari e nell'organizzazione dei servizi, è stato vero e proprio catalizzatore di attenzione ed energie nella recente vicenda degli infermieri in Italia. È dunque dalla professione infermieristica, dai suoi fondamenti e dalle sue recenti evoluzioni, che è utile partire.

Definire cosa sia esattamente una professione non è semplice, ma in termini generali alcuni elementi possono essere presi a riferimento, quali:

a) un corpo sufficientemente consolidato e distinguibile di saperi in grado di connotare l'unicità della professione in relazione alle funzioni svolte;<sup>1</sup>

b) un meccanismo formalizzato di trasmissione e sviluppo dei saperi e delle competenze ai nuovi membri, meglio se organizzato in scuole (possibilmente in ambito universitario, che nella cultura occidentale è tradizionalmente associato a uno *status* elevato). Gli ambiti formativi, oltre a trasmettere e arricchire le competenze, favoriscono lo sviluppo del senso d'identità e appartenenza del gruppo professionale;

c) corpi professionali che svolgano un'azione di promozione dello *status* collettivo e si rendano promotori di una strategia – deliberata o no – di professionalizzazione. Nei diversi sistemi sanitari e con riferimento ai diversi gruppi professionali, si potranno avere associazioni in senso proprio o altri attori di rappresentanza collettiva, quali le società scientifiche, i sindacati, gli ordini o i collegi;

d) l'esistenza di un apparato giuridico in grado di tutelare e rafforzare il monopolio su alcune attività, che la normativa affida alla professione (solo i membri certificati possono eseguire certi atti e/o assumere certi ruoli, mentre i poteri pubblici sanzionano come «esercizio abusivo della professione» chi, non appartenente alla professione, svolga quelle attività). Tale protezione giuridica può tipicamente comprendere limiti al libero gioco del mercato, compresi i controlli all'entrata (mediante esami di Stato o abilitazione, iscrizione agli albi tenuti da ordini e collegi, ecc.), i limiti alla pubblicità e alla contrattazione, i vincoli sulle tariffe praticate, ecc.;

e) la possibilità, per i membri della professione nei differenti contesti nei quali operano, di applicare effettivamente e in autonomia (nessuna o limitata dipendenza gerarchica per quanto concerne gli atti specifici della professione) le proprie conoscenze e competenze;

f) un certo grado di riconoscimento o *status* sociale.

Evidentemente non tutte le dimensioni citate devono essere ugualmente sviluppate ma, dal punto di vista del funzionamento delle organizzazioni e dei sistemi, una professione è tale quando riesce posizionarsi adeguatamente rispetto all'insieme di questi elementi. È bene sottolineare che questo modo d'intendere la professione supera il mero aspetto formale (i titoli e l'esclusività giuridicamente tutelata) per comprendere aspetti di natura più sostanziale (contenuti distintivi, pratica effettiva, *status*), frutto di processi spesso complessi che si articolano su orizzonti temporali non brevi.

Il richiamo al concetto di professione è necessario, in quanto le professioni e le loro reciproche relazioni giocano nel campo sanitario un ruolo di fondamentale importanza (per tutti, cfr. Tousijn, 2000). I contenuti e

l'organizzazione dei saperi, i confini che tra questi si stabiliscono, le modalità di trasmissione alle persone che hanno una esclusiva sulla concreta applicazione del sapere stesso, il modo in cui nelle organizzazioni i compiti vengono distribuiti tra gli appartenenti alle diverse comunità professionali, sono tutti elementi che concorrono a definire non solo i risultati complessivi dei processi di cura in termini di efficacia ed efficienza, ma anche la nozione stessa di salute (Freidson, 2002).

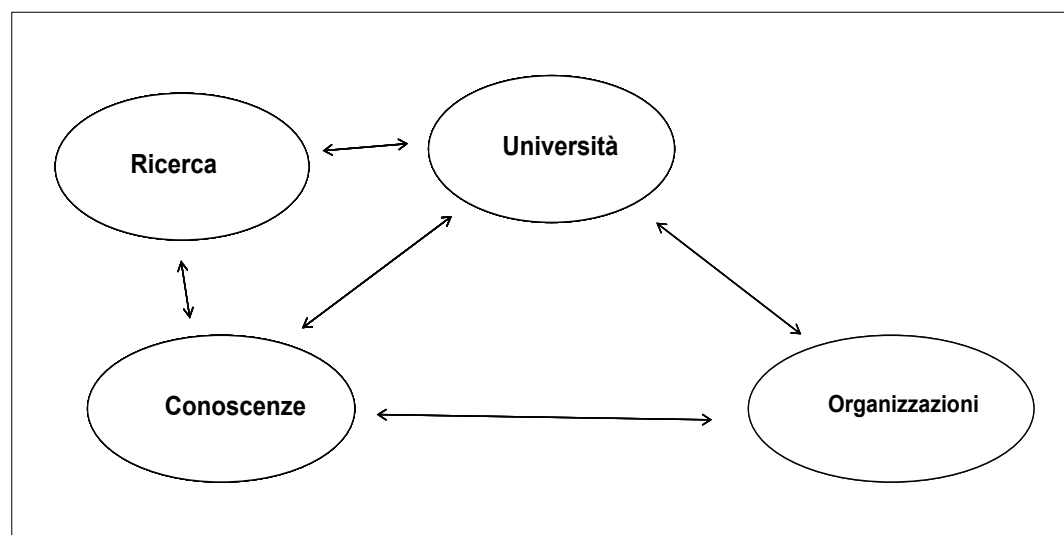
Per lungo tempo le strutture che producono servizi sanitari sono state caratterizzate da una predominanza della professione medica. Il loro intero funzionamento, dagli assetti organizzativi alla distribuzione delle responsabilità, dava per scontato e sorreggeva una visione che vedeva nella professione medica l'unica professione cui fare riferimento. Le dinamiche rilevanti ai fini del funzionamento erano quindi quelle che animavano la professione medica al suo interno e che avevano come attori principali le diverse specialità e sub-specialità che nel tempo si sviluppavano e si rendevano autonome.

Il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il fondamentale passaggio rappresentato dalla piena integrazione nello schema dei titoli universitari del «modello di Bologna»,<sup>2</sup> sta modificando profondamente il quadro. Il tema di come costruire e fare funzionare un'organizzazione effettivamente multi-professionale è dunque all'ordine del giorno. Da

questo punto di vista, nonostante gli innegabili – e oggettivamente rapidi in relazione ai tempi di cui hanno usufruito altre professioni<sup>3</sup> – progressi nel riconoscimento di un ruolo diverso alla professione infermieristica, appare sempre più evidente la necessità di rendere più robusto un processo di cui tutto il sistema e le singole aziende sanitarie potranno avvantaggiarsi.

Una più approfondita analisi del fenomeno delle professioni e di alcune caratteristiche del fenomeno stesso nel contesto sanitario può aiutare a comprendere meglio alcune delle riflessioni che verranno qui svolte.

Come già segnalato, un elemento fondamentale della professione è la sua «base cognitiva», il sapere specifico che la contraddistingue. Il sapere – e, al suo interno, le eventuali partizioni cui corrispondono specifiche comunità professionali (specialità/specializzazioni) –, deve trovare le proprie condizioni di produzione e sviluppo, da una parte, e di riproduzione attraverso il trasferimento a nuovi potenziali membri, dall'altra. Come stilizzato nella parte sinistra della **figura 1**, l'istituzione a cui è prevalentemente affidato il compito di provvedere alla ricerca e alla didattica è l'Università. Essa rappresenta, ancora e nonostante una crescente competizione da parte di ambiti differenti, il luogo nel quale i saperi vengono alimentati e trasmessi e nel quale trovano una loro formalizzazione. Ciò che avviene nell'ambito universitario è rilevante sia perché influenza



**Figura 1**  
Gli elementi  
di una professione

possibilità e direzioni di sviluppo della ricerca – quindi ciò che la professione è e sarà, anche in relazione ad altri saperi – sia perché rappresenta l'ambito della istituzionalizzazione, della definizione dei confini formali di esercizio della professione, delle sue prerogative e, in ultima analisi, del suo *status* nella società e nelle organizzazioni in cui si svolge l'attività.

Queste ultime sono rappresentate nella parte destra della figura 1. Sono i luoghi e gli assetti organizzativi in cui i saperi trovano concreta applicazione attraverso l'operare dei membri della professione, i ruoli che assumono, i compiti che svolgono. La dimensione dell'organizzazione è fondamentale per la comprensione delle dinamiche delle professioni sanitarie, in quanto l'assistenza e la cura sono spesso (prevalentemente) erogate da aziende le cui dimensioni e la complessità delle interrelazioni richiedono una predefinizione delle responsabilità e degli ambiti di intervento, sia individuale sia collettivo. Ciò implica un allontanamento deciso dal modello classico di pratica professionale «solitaria». Così, le possibilità e i modi di applicazione dei saperi ai bisogni dipendono da come le aziende si organizzano, dalle logiche impiegate nel disegno delle strutture organizzative, dalle regole di funzionamento adottate, dalle relazioni che in ogni specifico ambito vengono a instaurarsi tra i diversi gruppi. In questa prospettiva, la professione si definisce non solo in termini di saperi e prerogative formali, ma anche attraverso le dinamiche che caratterizzano le entità sempre più complesse e professionalmente variegiate nelle quali le attività si svolgono.

Il quadro concettuale rappresentato nella figura 1, con un intreccio di relazioni che lega il sapere, la sua istituzionalizzazione e i contesti di applicazione – sfere queste, a loro volta, attraversate da dinamiche autonome –, può essere utilizzato in prospettive diverse. Dal punto di vista della professione nel suo complesso, l'istituzionalizzazione può essere stata, come nel caso della professione medica, un elemento che ha accompagnato da centinaia di anni lo sviluppo del sapere distintivo, mentre nel caso delle professioni sanitarie essa è un dato recente. Anche all'interno delle stesse professioni sanitarie, a parità quindi di livelli di istituzionalizzazione, esistono, poi, differenze innegabili nel grado

di maturazione di un corpo di conoscenze autonome e distinguibili, così come diverse sono le condizioni di concreto esercizio delle diverse professioni nelle organizzazioni sanitarie. Per provare a disegnare possibili percorsi di crescita della professione, si tratta, quindi, per ciascuna di valutare con attenzione il grado di sviluppo raggiunto nelle diverse sfere e le condizioni di reciproca coerenza.

Sul terreno più strettamente organizzativo è stata per molto tempo la partizione dei saperi e delle discipline a «proiettarsi» e informare di sé il funzionamento delle aziende e, in particolare, il loro assetto organizzativo. Se la professione dominante era quella medica, non sorprendentemente gli organigrammi delle aziende sanitarie – e non solo sul versante ospedaliero (si pensi ad ampi settori dei dipartimenti di prevenzione) – riflettevano la «geografia» dei saperi medici e, in particolare, la loro configurazione istituzionalizzata rappresentata dalle specialità. Anche professioni diverse da quella medica, quando hanno ricercato sulla dimensione delle attività uno sviluppo coerente con lo sviluppo raggiunto dalla propria base cognitiva, hanno spesso replicato il medesimo modello, attraverso la richiesta di autonome e separate partizioni organizzative. Come verrà più avanti argomentato, la sostanziale subordinazione delle dinamiche organizzative alle configurazioni disciplinari non sembra più essere la tendenza dominante e i disegni organizzativi hanno conquistato una loro parziale autonomia nel tentativo di rispondere a esigenze dell'ambiente profondamente mutate. Il diverso rapporto tra assetti organizzativi e dinamiche dei saperi e delle professioni apre nuove opportunità. Si tratta, però, di cogliere appieno la nuova complessità delle relazioni e non di ripercorrere traiettorie dimostrate vincenti nel passato, ma ormai largamente esaurite.

Da ultimo, non bisogna dimenticare come l'intensità delle relazioni che legano tra loro il sapere, il suo sviluppo e la sua concreta applicazione, si rifletta e trovi la sua manifestazione più evidente proprio nel processo di formazione dei professionisti della sanità. In nessun altro ambito professionale la trasmissione del sapere e le istituzioni a ciò deputate (si pensi alle aziende ospedaliere-universitarie) intrecciano così profondamente la dimensione cognitiva e quella pratica. Se si

guarda alla formazione, infatti, il tirocinio (la pratica) è parte integrante del percorso universitario, seppur con intensità e modalità diverse tra le diverse professioni, cosa che non ha riscontro fuori dal settore sanitario, laddove i professionisti si addestrano solo dopo avere concluso gli studi e, comunque, al di là del perimetro universitario. Se si considerano i luoghi dove la formazione avviene, l'integrazione non è richiamata soltanto dall'esistenza di istituzioni peculiari come le aziende ospedaliero-universitarie, ma anche dall'ampliamento sempre più frequente della missione delle aziende sanitarie «normali», fino a ricomprendere la ricerca e la didattica.<sup>4</sup>

### 3. Il modello infermieristico e l'ambiente

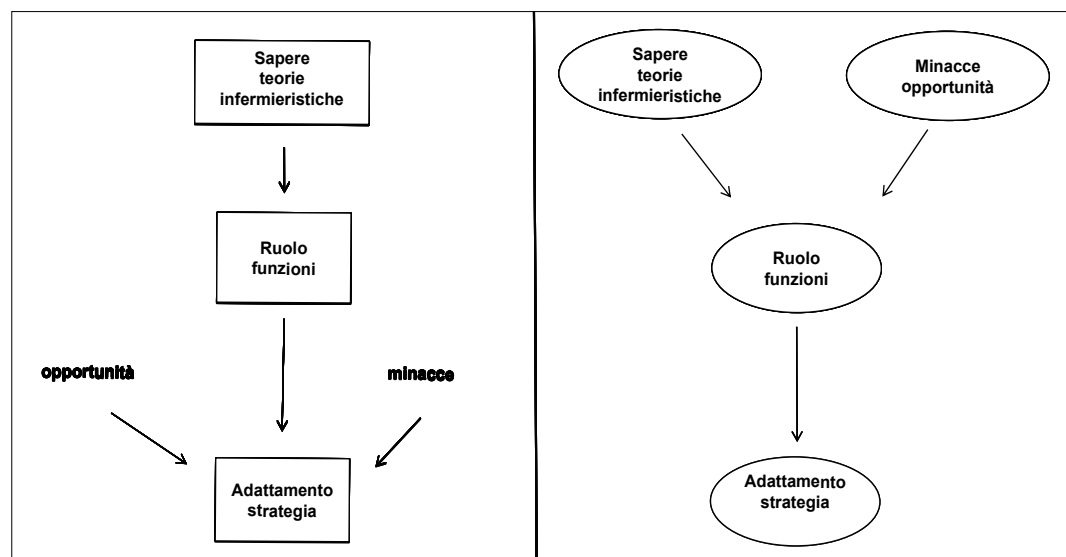
Il punto critico è come la descrizione di un ruolo, sui cui contorni e contenuti non sembrano esservi molti dissensi espliciti, possa trovare concreta applicazione nel funzionamento dei servizi, nella loro organizzazione, nei processi decisionali e, in ultima analisi, nello *status* che alla professione infermieristica viene riconosciuto. È evidente che gli ostacoli che rallentano l'evoluzione nella direzione desiderata, così come le leve che potrebbero essere utilizzate, sono molteplici e molte di esse restano fuori dal perimetro esclusivo della professione, da essa direttamente controllabile. È altrettanto evidente, però, che alcune leve sono nella disponibilità

degli infermieri, dipendono dalle scelte che la professione – implicitamente o esplicitamente – deciderà di operare.

Di fronte al tema di come contribuire attivamente ai processi di cambiamento in atto in relazione alle diverse dimensioni che caratterizzano una professione e alle loro reciproche interrelazioni, sono potenzialmente disponibili due approcci molto diversi che, con estrema semplificazione, possono essere descritti come segue (si veda **figura 2**).

Una prima posizione disegna ruoli e contenuti della professione a partire dal sapere infermieristico e dai suoi costanti e progressivi sviluppi. In questa prospettiva, contribuire al processo di cambiamento significa creare o sfruttare le occasioni perché un modello ideale, preventivamente definito all'interno della professione stessa, possa trovare una sua coerente realizzazione. Si tratta dunque di una visione in cui identità, attività e ruolo della professione sono frutto di un'elaborazione interna, basata sulle premesse di fondo del *nursing* e sulle sue potenziali evoluzioni disciplinari.

Un secondo approccio è quello in cui il gruppo professionale, pur tenendo fermi alcuni principi sviluppati nell'ambito della propria disciplina, disegna ruoli e contenuti (il modello) anche in relazione alle occasioni che l'evoluzione dell'ambiente offre. In altri termini, ciò che gli infermieri dovrebbero fare e il ruolo che dovrebbero assumere



**Figura 2**  
Lo sviluppo  
della professione:  
due visioni

dipendono anche, in misura rilevante, dalle trasformazioni in atto o prevedibili nei contesti operativi e organizzativi in cui questi professionisti stessi operano.<sup>5</sup>

L'adozione dell'uno o dell'altro approccio produce differenze apprezzabili non tanto sul piano delle scelte di breve periodo e di natura essenzialmente tattica, quanto sulle prospettive che la professione assume e sulle priorità di medio periodo. Questioni di grande impatto e che si sviluppano su archi temporali relativamente lunghi come il tipo di specializzazioni da perseguire, la loro numerosità e quindi ampiezza in termini di aree coperte, la natura delle responsabilità gestionali e organizzative che agli infermieri devono essere assegnate, l'estensione dello spettro di competenze che caratterizzano la professione ed eventuali segmentazioni della categoria possono ricevere risposte molto diverse a seconda dell'approccio adottato. In questa sede, non si intende discutere delle ragioni che possono essere portate a sostegno dell'una o dell'altra posizione, quanto stimolare un dibattito segnalando tre aree di cambiamento che stanno interessando le aziende sanitarie del nostro Paese. Si tratta di fenomeni che possono avere riflessi rilevanti sulla questione infermieristica e rispetto ai quali opportunità e minacce possono configurarsi in maniera profondamente diversa a seconda della prospettiva adottata. Infatti, considerare l'ambiente come il luogo dove un disegno deve realizzarsi o considerarlo, anche, come uno degli elementi che legittimamente concorre a definire il disegno stesso, conduce a immaginare priorità e strategie diverse.

Prima di passare ai tre paragrafi successivi, ciascuno dei quali illustra un'area di cambiamento dello spazio di azione per la professione infermieristica, è utile riflettere su alcune caratteristiche specifiche dell'organizzazione del lavoro clinico-assistenziale, che lo distinguono rispetto ad altri settori in cui operano professionisti.

Se si considera la tradizione lavorativa di avvocati, commercialisti, notai, architetti, farmacisti, ecc., il lavoro di tipo professionale – connotato cioè dalle caratteristiche viste al § 2 – si è sviluppato all'interno di *solo practice* e cioè di contesti organizzativi quasi sempre mono-professionali.<sup>6</sup> In questi casi, l'integrazione o il confronto con altre professioni avveniva attraverso il mercato

(per esempio con l'acquisto di una perizia) o lungo processi produttivi in cui comunque l'apporto di ciascun professionista costituiva un elemento fornito in condizioni di relativa indipendenza organizzativa (per esempio con il parere giuridico fornito dell'ufficio legale di un'azienda).

Al contrario, nel lavoro clinico-assistenziale l'integrazione multi-professionale costituisce una caratteristica basilare di molte attività. Pur nella sua autonomia, le decisioni assistenziali prese dall'infermiere sono spesso legate in modo sostanziale alle prescrizioni mediche. Spesso la presa in carico è programmata a partire da una valutazione multi-professionale che vede il contributo integrato di più professioni, come nel caso di decisioni che definiscono modalità e intensità dell'assistenza a domicilio o l'inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie. Nel caso della sanità, le diverse professioni lavorano fianco a fianco, condividendo spazi, luoghi, orari di lavoro, sistemi informatici per la rilevazione e il monitoraggio delle prestazioni, ecc. Per questo motivo, nel lavoro clinico-assistenziale la complementarità tra attività e competenze proprie delle diverse professioni risulta più direttamente evidente. I cambiamenti che riguardano una professione dunque richiedono necessariamente aggiustamenti immediati da parte delle altre.

Altrettanto chiaramente, le professioni sanitarie che per prime si sono sviluppate, hanno tracciato e marcato gli spazi sia rispetto alla «base cognitiva», sia all'interno delle organizzazioni, rafforzandoli lungo il circuito conoscenze - ricerca - università - organizzazioni già evidenziato al § 2. In campo sanitario la forza che lega tali elementi è molto maggiore che per le professioni operanti in altri settori. Per questo motivo, le professioni sanitarie più recenti – quale l'infermieristica – hanno inevitabilmente dovuto farsi spazio a partire dalle condizioni reali di lavoro, dagli spazi disponibili, dall'utilità dimostrata del proprio lavoro.

#### 4. L'emergere della dimensione operativa

Le aziende a elevata intensità professionale, e quelle sanitarie in particolare, tendono fisiologicamente ad assumere le partizioni dei saperi e delle competenze come mappa di riferimento per la definizione degli assetti

organizzativi e gestionali. Così, come già accennato, per lungo tempo le unità operative, soprattutto negli ospedali, sono state definite in relazione ai saperi e alle discipline che dei saperi erano espressione. L'emergere di nuove discipline o nuove professioni doveva, quindi, trovare puntuale riferimento nella creazione di nuove partizioni organizzative (Lega, De Pietro, 2005). Così è stato per le nuove specialità mediche, per le professioni che entravano negli ospedali (per esempio gli psicologi) e gli stessi infermieri hanno spesso perseguito una strategia di separazione organizzativa come condizione per il riconoscimento professionale (Scardigli, Zangrandi, 2009). Anche la spinta alla dipartimentalizzazione, che ha caratterizzato le dinamiche organizzative di molte aziende nell'ultimo decennio e che ha rappresentato una risposta alla frammentazione prodotta dalle pressioni per un riconoscimento professionale (Bergamaschi, Cantù, 2000), non è riuscita a modificare le logiche di fondo. I dipartimenti hanno sì aperto alcune prospettive, ma non sembrano nelle loro logiche avere rotto con il modello «etnico» su base professionale a dominanza medica.

Sembra, invece, iniziare a emergere e progressivamente consolidarsi una tendenza di natura diversa. Di fronte alle pressioni che l'ambiente esercita, da molte parti si guarda con maggiore attenzione alla dimensione strettamente operativa rispetto a quella professionale. Ci si rende conto che il buon funzionamento di un'organizzazione sanitaria dipende dalle competenze, ma anche dalla

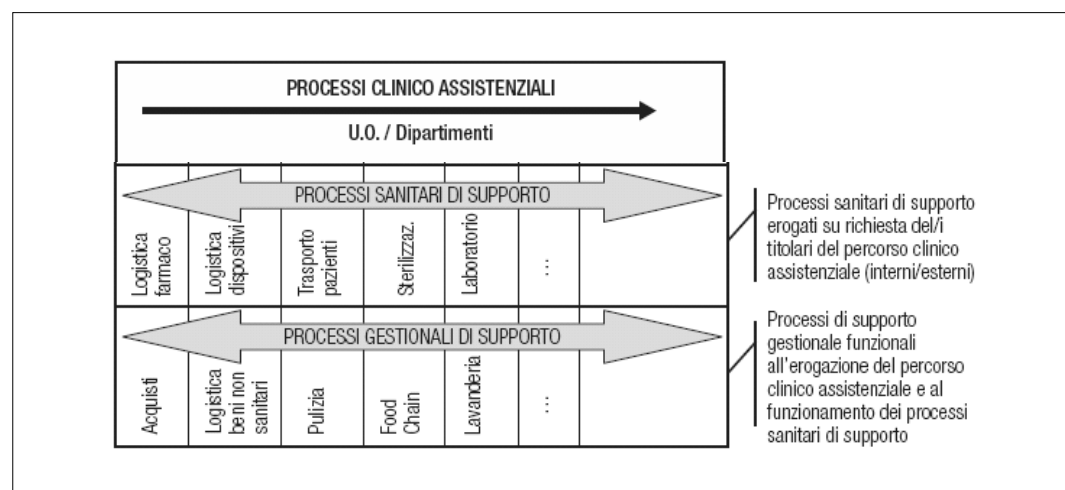
razionalità dei processi operativi, dall'organizzazione di quella che può essere vista come una vera e propria «catena produttiva». In questa prospettiva l'ospedale tende a organizzarsi su due dimensioni distinte: da una parte i processi di supporto sanitari e gestionali, e dall'altra i tradizionali saperi. Una possibile illustrazione di tale duplice livello di organizzazione riletta nell'ottica dei processi è riportata nella **figura 3**.

Riprendendo quanto detto da Bensa *et al.* (2008), è possibile ricondurre le aree di applicazione dell'*operations management* in sanità alle tre seguenti:

a) l'ottimizzazione delle aree produttive sanitarie, con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale;

b) la logistica del paziente (*patient flow logistics*), con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture ospedaliere dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva;

c) il *supply chain management*, con l'obiettivo di assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione (per esempio l'approvvigionamento dei farmaci).



**Figura 3**  
L'organizzazione dell'ospedale nell'ottica dei processi e della gestione operativa  
Fonte: nostra rielaborazione da Bensa *et al.* (2008, p. 329)

Un ragionamento per certi versi analogo, ma sicuramente più complesso e articolato, potrebbe essere svolto per l'area territoriale rispetto ai percorsi del paziente, che attraversano necessariamente i diversi servizi e le diverse competenze.

Questo cambiamento di orizzonte apre, indubabilmente, nuove prospettive e opportunità per la professione infermieristica. Se l'attenzione si sposta sui processi produttivi, se questi vengono assunti come dimensione prevalente per la strutturazione dell'organizzazione – sostituendo così il tradizionale punto di riferimento rappresentato dalla dimensione professionale –, gli infermieri sono i candidati naturali a diventarne i protagonisti, in quanto essi rappresentano la componente prevalente e fondamentale di tali processi. Sono loro che animano e governano l'infrastruttura – ora resa maggiormente autonoma dall'organizzazione dei saperi clinici – che rende possibile l'esercizio degli atti di natura medica.

L'opportunità di fondo è abbastanza evidente ed è quella di autonomizzare la dimensione assistenziale e di supporto, tradizionalmente assorbita nelle responsabilità gestionali e organizzative della professione medica dominante, e far valere la peculiare posizione degli infermieri nei processi assistenziali e in quelli di supporto, per assicurare adeguate prospettive di sviluppo alla professione, anche attraverso l'assunzione di maggiori responsabilità organizzative e gestionali.

Il perseguimento della prospettiva appena delineata pone però alcune questioni rispetto al modello di professione infermieristica, prima fra tutte quella relativa alla natura e contenuti dei percorsi di specializzazione. L'identificazione dei processi di supporto come occasione di sviluppo professionale non può essere, infatti, priva di riflessi sul tema di quali siano gli assi e i confini di riferimento per la crescita di competenze degli infermieri. In termini molto concreti, si tratta di capire se e come tali responsabilità possano convivere con le più consolidate traiettorie di specializzazione legate alle aree cliniche della professione medica.

Legata a questa vi è poi la questione relativa al rapporto che la professione immagina vi debba essere tra crescita professionale, ruoli di responsabilità sui processi operativi e assunzione di responsabilità manageriali.

Il tema è particolarmente complesso e non può essere qui affrontato, ma potrebbe essere sufficiente ricordare come l'assunzione di responsabilità gestionali e organizzative può aiutare o essere un segnale di crescita nello *status* di una professione, ma l'obiettivo primario non può che essere collegato alle competenze specifiche tecnico-professionali – che restano la base fondamentale di legittimazione di qualunque professione – e al loro effettivo utilizzo. Ciò si riflette nella definizione dei percorsi di carriera e nell'equilibrio tra percorsi legati al coordinamento e alla direzione e percorsi strettamente professionali.

È importante altresì sottolineare come la responsabilità sull'organizzazione e sulla gestione dei processi operativi (supervisione sulla produzione) sia cosa diversa dalla responsabilità manageriale (più ampia e riferita ai risultati complessivi). In tal senso, le trasformazioni in atto potrebbero portare alla diffusione di modelli manageriali puri, in cui le responsabilità gestionali sono sganciate da ogni riferimento professionale. I temi di riflessione sarebbero a questo punto due: da una parte l'impatto di una funzione manageriale pura sull'estensione e sull'autonomia delle funzioni di supervisione operativa da parte degli infermieri, e in ultima analisi sull'autonomia della professione; dall'altra quali possano essere le azioni che aiutino gli infermieri a candidarsi con successo per le posizioni propriamente manageriali.

## **5. L'emergere della dimensione assistenziale**

Un secondo cambiamento in atto nell'organizzazione ospedaliera riguarda la crescente rilevanza della dimensione assistenziale quale *driver* per la presa in carico dei pazienti, visibile nella diffusione di soluzioni organizzative ispirate alle varie possibili accezioni del concetto di intensità di cura.

Come già visto nel paragrafo precedente, anche qui l'organizzazione ospedaliera supera gradualmente la tradizionale articolazione per reparti e servizi differenziati secondo la specialità medico-chirurgiche, per svilupparsi attorno a «piattaforme produttive assistenziali» distinte in base a tecnologia disponibile, competenze presenti e tipo e quantità del personale afferente. Tali piattaforme rispon-



dono in maniera più appropriata ai bisogni che risultano da una valutazione d'instabilità clinica e di complessità assistenziale.

In particolare, il *focus* sul bisogno assistenziale diventa elemento determinante così come tradizionalmente lo era l'afferenza clinica (basata sulla patologia), almeno per tre ragioni convergenti (De Pietro *et al.*, 2011, p. 414):

a) l'aumento dell'età media dei pazienti e la riduzione dell'incidenza di malattie infettive e traumatismi, che rendono sempre meno frequente il caso di un paziente i cui bisogni clinici si riferiscano in modo evidente a un'unica specialità medico-chirurgica. Al contrario, è sempre più frequente il caso di pazienti polipatologici, per i quali è difficile evidenziare con chiarezza un'afferenza clinica predominante e che comunque necessitano dei servizi e delle consulenze di numerosi medici, appartenenti a diverse discipline;

b) l'importante riduzione dei posti-letto, ancora in corso in tanti ospedali, che rende sempre meno realistica una struttura organizzativa basata sulle singole specialità cliniche, che si troverebbero altrimenti a gestire numeri assai limitati di letti;

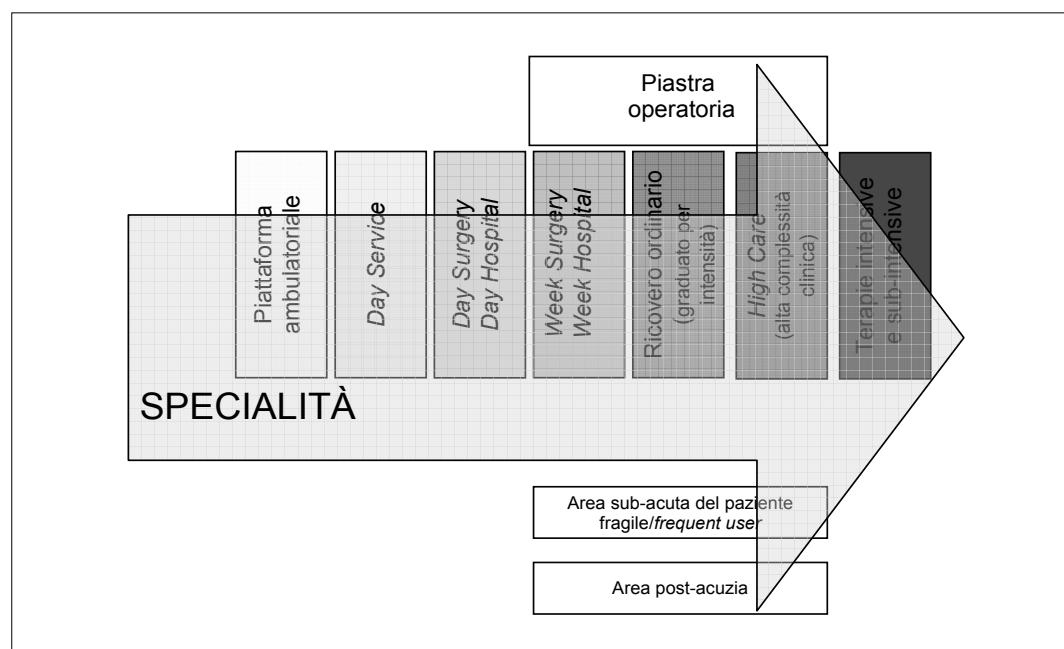
c) la crescente specializzazione professionale e tecnologica, con l'emergere di sub-specialità che si percepiscono come distinte,

che mostra i limiti di una struttura organizzativa basata su reparti monospecialistici, destinata a confrontarsi con difficoltà crescenti per integrare la frammentazione e per recuperare economie di scala e di conoscenza.

Di nuovo, come già illustrato in figura 2, i saperi medico-chirurgici non sono più l'elemento ordinatore dell'organizzazione, ma si distribuiscono e tagliano la struttura ospedaliera, imperniata da un punto di vista gestionale e operativo sulle «piattaforme assistenziali», come nell'esempio della **figura 4**.

In questo quadro, come già detto per la dimensione operativa, la professione infermieristica si trova in una posizione che favorisce l'assunzione di nuove e più esplicite responsabilità, sia di tipo tecnico-assistenziale, sia di tipo gestionale. La suddivisione e la collocazione dei pazienti in base a criteri non (solo) di tipo medico permettono di concentrare in spazi dedicati pazienti che condividono bisogni e risposte assistenziali simili e dunque aprono la strada a economie di conoscenza e una più marcata specializzazione dell'assistenza infermieristica. Allo stesso tempo, le piattaforme assistenziali richiedono la definizione di ruoli gestionali incardinati sulla nuova organizzazione.

Di nuovo, si tratta dunque di un cambiamento che sollecita risposte adeguate relative



**Figura 4**  
L'organizzazione dell'ospedale nell'ottica dell'intensità di cura e delle piattaforme assistenziali

al modello di professione infermieristica e ai suoi percorsi di differenziazione interna e specializzazione, per come già discusso al § 3.

## 6. La demografia delle professioni

Una terza area di cambiamento i cui effetti tendono a sovrapporsi e a rinforzare quelli indotti dal mutamento delle logiche organizzative trattati nei due paragrafi precedenti, riguarda la demografia ovvero la numerosità e la struttura per età e sesso, che caratterizza ogni professione. Si tratta di una variabile il cui impatto nel definire i contenuti delle professioni e i reciproci confini viene spesso sottovalutato, essendo largamente implicito. La numerosità relativa delle diverse popolazioni professionali, infatti, da una parte riflette e, dall'altra, condiziona i ruoli che le diverse professioni assumono nel funzionamento delle organizzazioni sanitarie.

Da questo punto di vista, è difficile pensare che la strutturale abbondanza di medici che ha tradizionalmente caratterizzato il contesto italiano non sia il risultato di una concezione del ruolo che tale professione doveva assumere rispetto alle altre e non abbia condizionato la ripartizione delle attività e responsabilità nel concreto funzionamento dei servizi sanitari. Se ciò è vero, se la disponibilità di medici ha condizionato le possibilità e i modelli di sviluppo della professione infermieristica, mutamenti nelle rispettive dinamiche demografiche rappresentano il quadro di riferimento per la diffusione di un modello di professione infermieristica (primo approccio per la strategia professionale) e un eventuale

aggiustamento del modello in relazione alle opportunità che il quadro stesso potrebbe offrire (secondo approccio).

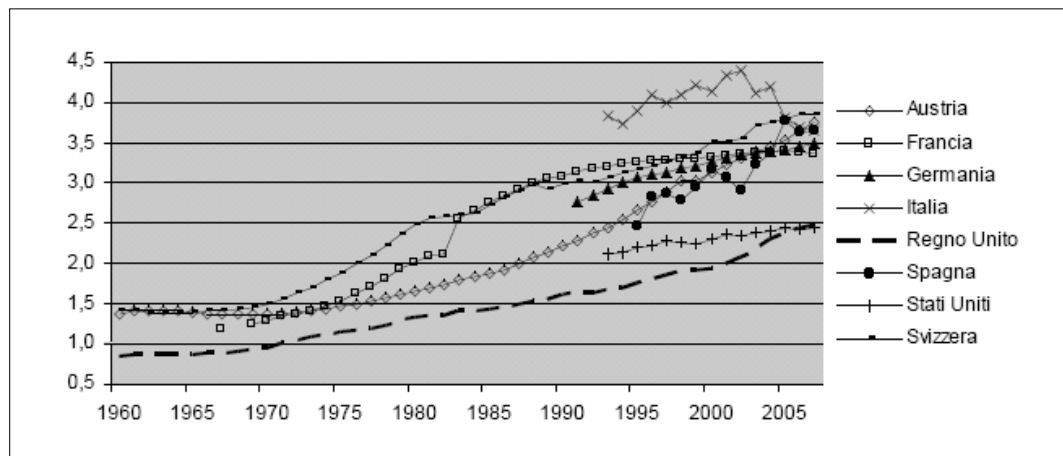
Se si guarda al numero di medici in relazione alla popolazione, le statistiche mostrano chiaramente come l'anomalia italiana – e cioè l'abbondanza di medici – sia finita a metà degli anni duemila (**figura 5**).

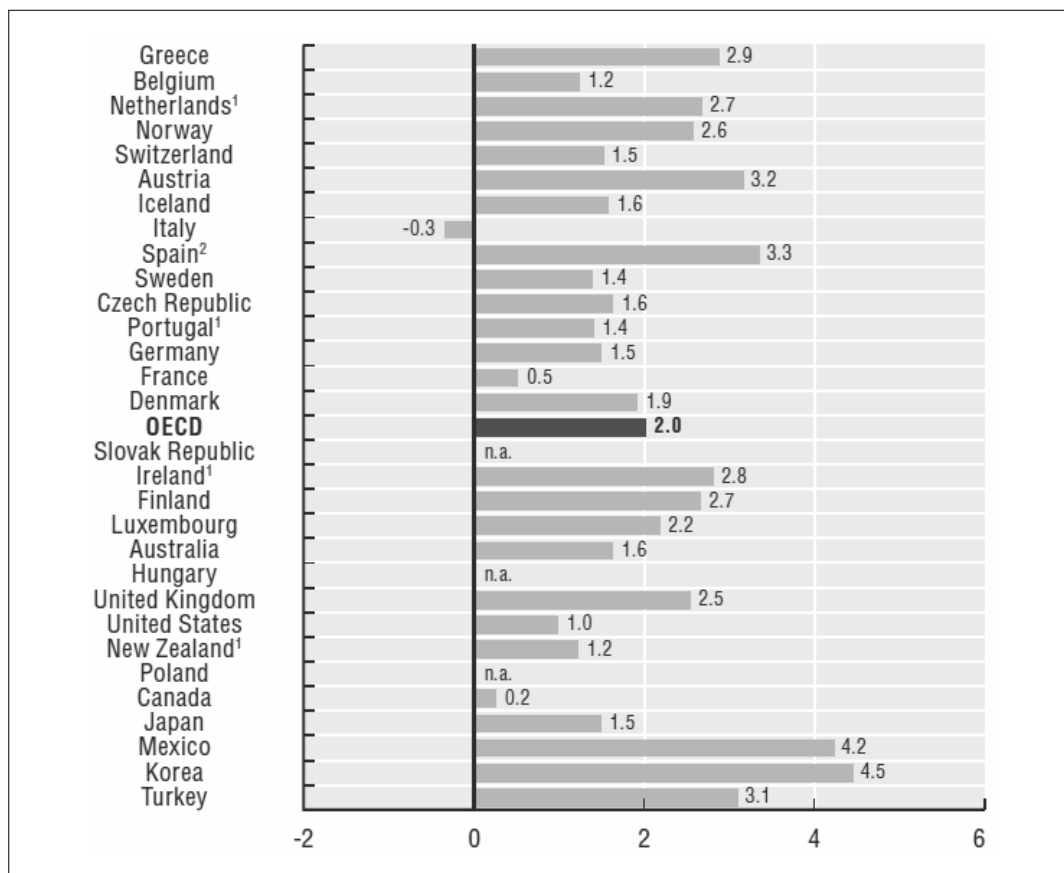
Di più, l'Italia risulta essere l'unico Paese membro Ocse che, in virtù della brusca diminuzione registrata negli ultimi anni, abbia nel 2007 un numero di medici in rapporto alla popolazione inferiore a quello che aveva nel 1990 (**figura 6**).

Tali risultati sono il frutto di politiche prolungate di restrizione di accesso alla professione (introduzione a partire dal 1986 del numero chiuso per l'ammissione al corso di laurea di medicina e chirurgia) che hanno inevitabilmente influenzato profondamente la composizione per età della professione. In termini molto semplificati, una diminuzione sistematica dell'accesso, intesa a porre rimedio alla sovrabbondanza, ha creato una «bolla» che lentamente sta attraversando la piramide di età.

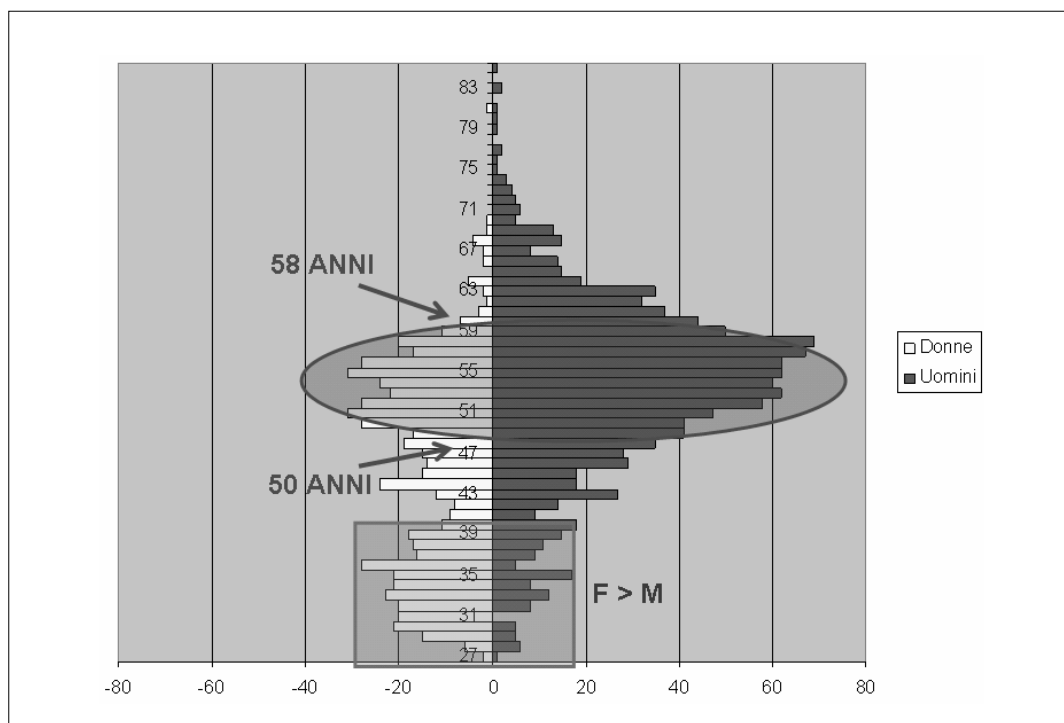
I radicali mutamenti in atto nella demografia medica in Italia possono essere esemplificati con riferimento alla nefrologia. La **figura 7** (Dal Canton, Del Vecchio, 2009) riporta la distribuzione per genere e per età dei circa duemila iscritti alla Sin (Società italiana di nefrologia) nel 2009. Pur non essendo rappresentativo dell'intera popolazione dei nefrologi né, tanto meno, dei medici italiani, questo esempio mostra bene i termini del fenomeno, per cui nell'arco di un decennio una

**Figura 5**  
Medici praticanti per 1.000 abitanti  
Fonte: De Pietro (2010a) su dati Oecd (2009)





**Figura 6**  
Tassi crescita densità medica 1990-2007 (o anno più vicino)  
Fonte: Oecd (2009)



**Figura 7**  
Distribuzione per età e sesso degli iscritti alla Società italiana di nefrologia, 2009  
Fonte: Dal Canton, Del Vecchio (2009)

parte consistente dei medici avrà raggiunto l'età della pensione, con un numero di giovani probabilmente insufficiente a garantire un completo ricambio. Tale dinamica acquista ancor più significato quando si consideri il fatto che la formazione di un medico specialista richiede in media più di dieci anni ed è regolata da meccanismi istituzionali relativamente rigidi nel breve periodo (oltre al numero chiuso per l'immatricolazione al corso di laurea, ricordiamo quello per l'accesso alle scuole di specializzazione, a sua volta associato al finanziamento delle borse di studio per gli specializzandi). In pratica, anche se si decidesse ora di incrementare il numero dei medici per mantenere stabile il rapporto con la popolazione, i risultati si vedrebbero solo dopo almeno un decennio.

Le dinamiche descritte produrranno nei prossimi anni una difficoltà di rimpiazzo dei medici in uscita dalle aziende sanitarie, difficoltà accentuata dagli ineliminabili squilibri di natura geografica (con i medici concentrati nelle grandi aree urbane) o legati alle specialità. Una diminuzione anche moderata del numero complessivo dei medici può, infatti, produrre scarsità anche rilevanti rispetto ad aree del Paese meno attrattive per la professione o a specialità che sperimentano tassi di crescita della domanda più elevati rispetto alla media.

Bisogna, inoltre, considerare che le attese della professione sono state per lungo tempo modellate su una crescita costante del numero di medici, crescita legittimata e sostenuta da un aumento della domanda di servizi e da spinte verso un miglioramento degli standard - fenomeni entrambi che non sono venuti meno. È probabile, quindi, che la percezione di una carenza di medici sarà amplificata da un sistema di attese che necessiterà di tempo per essere riaggiustato.

Una riflessione a parte meriterebbe poi il fenomeno della femminilizzazione (come mostra la figura 6, le nuove entrate sono prevalentemente donne), che secondo molti osservatori è destinato a modificare profondamente comportamenti e strategie effettive della professione e, in ultima analisi, i modelli di ruolo prevalenti (per una discussione più approfondita, cfr. De Pietro, 2010b).

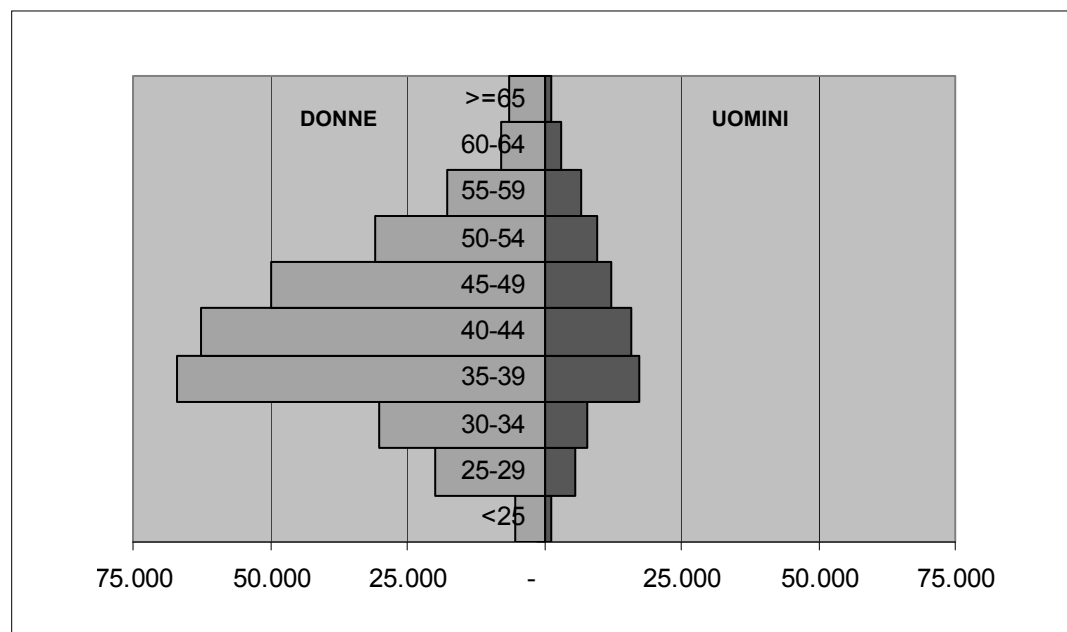
In questo scenario, la situazione degli infermieri in termini di demografia è molto diversa da quella dei medici, come mostra la **figura 8**, relativa agli iscritti Ipasvi a fine 2009.

Gli infermieri, infatti, rappresentano una popolazione molto più giovane e relativamente più equilibrata nella distribuzione per età rispetto ai medici. Se poi si considera che il tempo di formazione di un infermiere è attualmente di tre anni, risulta evidente la

**Figura 8**

Distribuzione per età degli iscritti Ipasvi, 31/12/2009

Fonte: Mangiacavalli, comunicazione personale all'autore



diversa rapidità di possibile aggiustamento delle due professioni a fronte di mutamenti nella domanda.

Una popolazione più giovane ha inoltre maggiore flessibilità e, quindi, capacità di adottare più rapidamente nuovi modelli di ruolo rispetto a quelli tradizionali.

È evidente che lo scenario disegnato dalla demografia delle professioni per il prossimo decennio offre agli infermieri un quadro unico di opportunità per modificare il proprio ruolo. Le aziende sanitarie sperimenteranno difficoltà anche solo nel rimpiazzo dei medici in uscita e ciò imporrà un ripensamento nei modelli organizzativi e nella distribuzione dei compiti tra le diverse componenti professionali.

È altrettanto evidente, però, che si tratta di opportunità che nascono da specifiche necessità che le aziende sanitarie dovranno fronteggiare e che esse saranno tali nella misura in cui gli infermieri riusciranno a essere e a farsi percepire come una risposta. In tal senso, sarà fondamentale la capacità della professione di proporre e sperimentare modelli che offrano soluzioni ai problemi così come essi si configurano in una realtà necessariamente variegata, il che impone una certa attenzione nel disegno di modelli troppo generali che possono coerentemente rispondere alle attese della professione, ma non riuscire a essere una opzione praticabile e desiderabile a livello locale.

## 7. Alcune riflessioni conclusive

Spesso, chi è protagonista del cambiamento ed è costretto a guardare avanti non riesce a misurare compiutamente il cammino percorso. Ciò che gli infermieri italiani hanno fatto negli ultimi due decenni, come hanno trasformato la loro professione e le loro prospettive è, per certi versi, sorprendente.<sup>7</sup> Si avverte ora, però, l'urgenza di un salto di qualità nel percorso intrapreso. La professione ha costruito una base sufficientemente solida di competenze ed esperienze alla quale attingere e l'ambiente offre opportunità uniche. Se queste non saranno sfruttate, vi è il rischio concreto che il sistema sanitario del nostro Paese e le sue aziende guardino altrove (cioè ad altre figure) per cercare la soluzione ai propri problemi.

Come già detto, la possibilità che questo salto di qualità avvenga è in parte in mano alla stessa professione infermieristica. Si tratta, innanzitutto, di riuscire a individuare le questioni critiche, i temi che più di altri possono fare la differenza, porsi, insomma, le domande giuste. Alcuni snodi sono già stati menzionati e altri potrebbero essere presi in considerazione. La selezione non è semplice e andrà comunque fatta, ma bisognerà riuscire a salvaguardare l'esigenza di operare su più piani contemporaneamente. È difficile, infatti, immaginare che un'azione efficace si possa limitare allo sviluppo della professione esclusivamente nei contesti di lavoro (organizzazioni) senza toccare la creazione del sapere (conoscenza e ricerca) e i modelli e le condizioni per la sua trasmissione (università), cioè tutti gli elementi introdotti nella figura 1.

### Il sapere

Con riferimento agli elementi delle conoscenze – o della base cognitiva della professione – e della ricerca, l'esperienza degli ultimi anni mostra certamente sforzi importanti per aumentare volumi e qualità della ricerca infermieristica condotta nel nostro Paese o in collaborazione con ricercatori stranieri. I risultati rimangono tuttavia inferiori a quanto i numeri della professione potrebbero far presagire e a quanto auspicato per un inserimento stabile e maturo nei *network* internazionali e per uno sviluppo delle pratiche e dello *status* professionale. A questi limiti sembrano contribuire, tra gli altri, i seguenti fattori:

- risorse economiche disponibili limitate, anche perché grande parte delle risorse disponibili ai professionisti e alle aziende sanitarie rimangono sotto il controllo dei medici (anche per le relazioni privilegiate che questi hanno con le imprese farmaceutiche o biomedicali) e dunque in gran parte utilizzate in attività di ricerca eminentemente clinica di natura medica;

- una visibilità limitata della ricerca, i cui risultati spesso restano presentati e discussi all'interno della stessa professione e trovano spazi limitati nelle riviste scientifiche non infermieristiche;

- nelle università italiane, ricercatori e professori che hanno una formazione di ba-

se di tipo infermieristico sono ancora assai rari. Spesso, anzi, le cattedre degli insegnamenti legati all'infermieristica sono affidate a medici o a laureati in altre materie, diverse dall'infermieristica. Ciò comporta naturalmente un minore interesse a sviluppare ricerca con contenuti di tipo infermieristico;

– la scarsità di risorse economiche e di cattedre disponibili a chi ha svolto studi di infermieristica, fa sì che molte delle persone impegnate in università e nelle attività di ricerca continuino a fare l'infermiere come principale attività lavorativa. Ciò riduce le possibilità e l'efficacia delle attività di ricerca.

Un tema rilevante, collegato ai precedenti, riguarda i contenuti e la qualità degli stessi corsi universitari. In relazione a tale ambito, sarebbero da considerare almeno i tre aspetti.

In primo luogo, molte sedi dei corsi di laurea in infermieristica, soprattutto quelle cosiddette distaccate, non permettono di vivere un'esperienza propriamente universitaria agli studenti. Infatti, molti corsi sono affidati a professionisti che, magari anche assai competenti nel proprio lavoro, si limitano a condurre attività didattiche e molto difficilmente riescono a svolgere anche attività di ricerca o comunque a fare della sede universitaria il luogo principale di lavoro, in cui sviluppare le proprie attività, le proprie idee. Anche quando si tratta di docenti di ruolo, spesso avranno comunque il proprio ufficio presso la sede principale dell'Università, magari nel capoluogo di provincia, e useranno le sedi staccate soltanto come luoghi di saltuaria attività didattica. Molte sedi, poi, hanno biblioteche poco moderne, accesso limitato alle banche dati *on line* o, più banalmente, a reti *wi-fi*, stampanti, ecc.

Si tratta di condizioni logistiche e di studio non riconducibili nell'alveo della tradizione accademica europea, che non rimandano al concetto di corso di laurea, bensì a quello, più modesto, di semplici corsi di formazione. Tale risultato, molto diffuso, è spesso frutto di un malinteso incrocio tra gli interessi:

– dei politici e delle comunità locali, che con la presenza di «sedi universitarie» nel proprio territorio ambiscono ad aumentare

visibilità e prestigio, nonché eventualmente attivare un indotto economico;

– della comunità accademica, che vede in queste iniziative l'occasione di aumentare i carichi didattici e dunque l'opportunità di allargare gli organici e, auspicabilmente, di movimentare le carriere del personale universitario;

– di professionisti sanitari attivi sul territorio, disponibili e ripagati dall'essere coinvolti in attività accademiche;

– delle stesse istituzioni universitarie, che attivando corsi sul territorio sperano di intercettare domanda che altrimenti resterebbe inespresa, cioè d'intercettare persone che decidono di frequentare l'università soltanto se vicina alla propria residenza, oppure sperano di sottrarre iscritti alle altre sedi vicine.

Il risultato di tale situazione è spesso povero per i contenuti tecnico-specialistici impartiti, per lo sviluppo complessivo degli studenti e per il rafforzamento della professione nel suo insieme.

Un secondo elemento collegato ai contenuti e alla qualità dei corsi universitari riguarda l'ampia diffusione che nell'ambito dell'infermieristica hanno avuto le università telematiche e i corsi di laurea o i master universitari erogati per buona parte via internet. Buona parte della formazione infermieristica è di natura applicata e dunque mal si concilia con una formazione quasi esclusivamente a distanza, che non permette né l'esercitazione pratica (per le competenze tecniche e quelle personali), né un sufficiente confronto tra studenti e con i docenti (per le competenze gestionali e relazionali). Il ricorso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione rappresenta certamente un'opportunità per le attività formative e per le università, ma se mal gestito rischia di provocare seri danni alla qualità dell'assistenza infermieristica e di fornire competenze specialistiche inadeguate ai ruoli a cui gli infermieri italiani saranno chiamati.<sup>8</sup>

Infine, un terzo elemento generale di critica riguarda la cultura di base di molti infermieri, ancora non pienamente sufficiente per una legittimazione piena della professione e per un confronto equilibrato con i rappresentanti di altre professioni sanitarie, soprattutto con quelle di più antica tradizione.

In sintesi se si guarda all'ambito, fondativo per ogni professione, delle basi disciplinari e dei processi di socializzazione della conoscenza è difficile sottrarsi all'impressione che una parte del circuito non sia riuscito a sostenere adeguatamente il passaggio da mestiere a professione. È pur vero che l'infermieristica rimane un mondo marcatamente ibrido in cui l'ambito della razionalità cognitiva, tipica dei contesti accademici e della ricerca, convive con la pratica in cui domina il *know how* di chi esercita la professione (Benner *et al.*, 2010, p. 26), ma il bilanciamento finora raggiunto non è sicuramente soddisfacente, al punto che taluno inizia a chiedersi se una istituzione separata da quella universitaria non potrebbe rappresentare un ambito più adeguato per perseguire con maggiori probabilità di successo un nuovo equilibrio, avvertito come sempre più necessario.

#### Le organizzazioni

Passando al tema di contesti di lavoro, i luoghi organizzativi nei quali la professione esprime e vede riconosciuti i propri contributi e il proprio ruolo, due aree di particolare urgenza riguardano, da un lato, i contenuti degli spazi e delle responsabilità organizzative di recente conquistate nelle aziende sanitarie italiane e, dall'altro, l'opportunità di una progressiva «segmentazione» della professione sia sulla dimensione tecnico-professionale, sia su quella gestionale o professionale.

Sulla prima area è evidente per gli infermieri la necessità di preservare e valorizzare il contributo specifico del lavoro infermieristico, dando senso e utilità ai molti ruoli che sono stati di recente introdotti in azienda, legati all'attuazione della legge 251/2001 (istituzione dirigenza, ecc.), alla dipartimentalizzazione, alle nuove forme organizzative discusse nei paragrafi 4 e 5, ecc. Sotto questo aspetto, le soluzioni organizzative che la professione riterrà di proporre dovranno dimostrare di rappresentare risposte coerenti non soltanto con le esigenze di sviluppo della professione stessa, ma soprattutto funzionali rispetto alle necessità e ai problemi delle aziende. Non sempre sviluppo della professione e razionalità aziendale possono essere immediatamente sovrapponibili e in tal caso la capacità di salvaguardare le

prospettive della professione con i necessari gradi di flessibilità risulterà fondamentale. In altri termini, senza una robusta alleanza con le aziende e le loro ragioni, difficilmente vi potranno essere solidi e significativi progressi nelle condizioni complessive della professione. La notazione è di una certa rilevanza, considerando come talvolta gli infermieri abbiano prodotto pressioni significative in direzione di soluzioni organizzative ancorate a logiche professionali, le quali offrono certamente maggiori opportunità di crescita per gli infermieri, ma altrettanto certamente pongono seri problemi di governabilità e responsabilizzazione alle aziende.

La seconda area problematica, ben presente all'interno della professione, riguarda la sua segmentazione interna, segmentazione che dovrebbe essere coerente con l'elevato numero dei suoi componenti (gli iscritti Ipa-svi sono oggi quasi quattrocentomila), con il pieno inserimento nel sistema d'istruzione universitaria del «modello Bologna» e con lo *status* raggiunto nel tempo dalla professione. Finora tale segmentazione è stata più visibile sulla dimensione gestionale, soprattutto a seguito della legge 43/2006 che chiede il titolo di master in funzioni di coordinamento a chi voglia svolgere quel ruolo. Al di là dei dubbi che tale previsione normativa (la necessità di una formazione obbligatoria in materie gestionali) solleva e della perplessità circa la qualità dei corsi *on line* o tradizionali impartiti da diversi atenei, è evidente che lo sviluppo di una segmentazione riconoscibile e condivisa sembra più ragionevole sulla dimensione tecnico-professionale che su quella gestionale. Come già osservato, la legittimazione e la durata nel tempo della professione nel suo insieme passa infatti principalmente attraverso un continuo aggiornamento della base cognitiva propria della professione, che non potrà mai essere costituita dalle competenze di natura gestionale. In questo senso, una gamma relativamente stabile di specializzazioni sulla dimensione tecnico-professionale potrebbe stimolare meccanismi di crescita dell'intera comunità professionale e facilitare il dialogo con altre professioni sanitarie (medici inclusi) con le quali stringere alleanze nei campi della ricerca e dell'assistenza. Il principale ostacolo in questa direzione non sembra essere la pure importante questione di un coerente riconoscimento eco-

nomico e contrattuale. I temi critici che non paiono avere ancora raggiunto una adeguata maturazione sono quelli degli assi lungo i quali articolare le specializzazioni (orizzontale del *care e/o* verticale del *cure*) e delle eventuali reciproche relazioni, da una parte, e dell'ampiezza che le specializzazioni stesse devono avere, dall'altra. A rendere ancora più complessa la questione della specializzazione vi è poi il tema di come preservarne una natura sostanziale in un ambiente nel quale la formalità dei titoli fa spesso premio rispetto alle reali differenze qualitative tra i contributi offerti dai diversi individui.

Un ultimo punto su cui sembra necessario un atteggiamento rinnovato è la questione degli interlocutori. Finora, per motivi diversi, il dibattito sulle scelte e il futuro della professione è rimasto sostanzialmente circoscritto alla professione stessa. Gli infermieri hanno discusso tra infermieri sul futuro degli infermieri per poi aprire, eventualmente, un'interlocuzione con gli altri soggetti. Tale sostanziale «autarchia» risulta evidente anche nelle pubblicazioni o nei convegni, in cui i temi più vari sono trattati tutti da infermieri.

Lo schema sembra avere fin qui funzionato, garantendo al tempo stesso l'unità della categoria e una certa capacità di dialogo con gli altri soggetti. Nella fase che si apre, ciò potrebbe non essere più sufficiente: se la questione infermieristica è davvero centrale per il futuro del sistema sanitario, soprattutto di quello pubblico, le scelte attorno alla professione sono e saranno troppo importanti per essere dominio esclusivo della professione stessa.

Lo sforzo richiesto di apertura e cambiamento sarà ancora maggiore perché nei prossimi anni probabilmente non si potrà più avvalere di un'entrata consistente di «nuove leve» come è successo nell'ultimo decennio, a causa di una riduzione nella crescita delle entrate nella professione e di probabili crescenti vincoli di finanza pubblica. Per questo motivo, il cambiamento non potrà avvenire attraverso un ricambio generazionale ma dovrà invece riguardare i professionisti attivi già oggi.

In questo quadro, la partecipazione vera e appassionata di altri soggetti al dibattito dell'evoluzione della professione infermieristica, lungi da rappresentare un'intromissione,

ne, sarà un segno di forza e che un significativo passo in avanti è stato compiuto.

## Note

1. Tousijn (2000, p. 22 e segg.) riconosce anche alcune caratteristiche di tale «base cognitiva», che deve:
  - essere né troppo vasta (altrimenti rischia di risultare vaga) né troppo ristretta (altrimenti rischia di essere facilmente acquisibile da altri attori);
  - definire un proprio vocabolario scientifico non familiare;
  - risultare specifica, cioè identificabile con il gruppo occupazionale che la rivendica;
  - codificata, così da essere trasmissibile e standardizzabile, ma non troppo, altrimenti corre il rischio di essere facilmente accessibile e acquisibile da parte di attori esterni al gruppo;
  - essere continuamente rinnovata (così che gli attori esterni non riescano ad appropriarsene facilmente), ma non troppo (altrimenti diventa difficile la socializzazione degli aspiranti professionisti all'interno del gruppo);
  - produrre risultati misurabili così da poter comunicare la propria utilità sociale, ma non troppo, pena il rischio di rendere più facili le critiche.
2. Si tratta dello schema che, ispirato alla Dichiarazione di Bologna del giugno 1999 (Dichiarazione congiunta dei Ministri Europei dell'Istruzione Superiore), organizza la formazione universitaria in tre cicli (laurea triennale, laurea specialistica – o magistrale – biennale, dottorato di ricerca), ai quali si aggiungono i master universitari di primo e di secondo livello. A tale contesto è da ricondurre anche la previsione di crediti formativi sviluppati nell'ambito dell'ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*).
3. Lo sviluppo dell'assistenza infermieristica moderna si fa spesso risalire all'azione di Florence Nightingale (1820-1910) e dunque alla metà dell'ottocento. Molti autori individuano nella Scuola Croce Azzurra presso l'Ospedale Gesù e Maria di Napoli, istituita nel 1896, la prima scuola moderna per infermieri in Italia (per questo e gli altri aspetti dell'evoluzione della professione infermieristica in Italia, si rimanda al capitolo 1 di Cantarelli, 2003).
4. Per esempio, già nel 2005 la Regione Emilia Romagna stabiliva che tutte le aziende sanitarie della regione avrebbero dovuto integrare la tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, il cui sviluppo era ritenuto indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema. A quel punto la differenza fra le principali tipologie di aziende sanitarie (aziende Usl, aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie e Irccs) rimaneva nel grado/intensità che le tre funzioni fondamentali avrebbero assunto in ciascuna, rimanendo a tutte le aziende sanitarie la ricerca della forma più efficace per la loro integrazione (Del Vecchio, 2006).
5. Questi due orientamenti sono presenti e noti nella letteratura di strategia aziendale. Nel primo caso la visione è quella che persegue una valorizzazione delle proprie competenze distintive, partendo dunque dalle risorse interne all'azienda. Il secondo approccio enfa-



tizza invece le opportunità offerte dal mercato, partendo da un'analisi dell'ambiente esterno.

6. In Italia tale aspetto è stato reso ancora più persistente dagli ostacoli posti dalla normativa civilistica alla costituzione di studi professionali associati o multi-professionali. Allo stesso modo, la normativa spesso prevede un'incompatibilità tra il lavoro dipendente e l'iscrizione a ordini e collegi professionali.
7. A tale proposito, basti leggere le «Note di storia» riportate sul sito dell'Ipasvi - Federazione nazionale collegi infermieri (<http://www.ipasvi.it/chi-siamo/note-di-storia.htm>; 6 gennaio 2011).
8. Tale rischio è percepito chiaramente da parte della professione, come ad esempio testimoniato - con riferimento ai master in funzioni di coordinamento - dalla nota pubblicata sotto la rubrica «News» del quinto numero de *L'Infermiere*, rivista dell'Associazione Ipasvi con l'eloquente titolo «Il master in management non può essere *on line*». Lì si afferma che «La Federazione Ipasvi, non avendo competenza a esprimersi in merito alla validità o meno di un corso universitario, né di conseguenza a determinare i criteri di riconoscimento della stessa da parte di Aziende pubbliche o private, ritiene comunque utile fornire agli iscritti alcune precisazioni, in particolare in relazione ai Master in management. Infatti, in questo caso non si ritiene sostenibile una formazione erogata

esclusivamente *on line* senza interazione diretta tra docente e discenti e tra i discenti stessi. La modalità formativa esclusivamente *on line* non consente di acquisire alcune competenze imprescindibili per l'esercizio delle attività sanitarie, quali quelle relazionali, della presa in carico della persona, dell'analisi e discussione di casi clinici e gestionali, della comparazione e dibattito sulle modalità di effettuazione del processo assistenziale e organizzativo gestionale. A tal proposito, si richiama l'Accordo Stato-Regioni sull'istituzione della funzione di Coordinamento ai sensi della legge 43/2006, approvato in data 1° agosto 2007, che - oltre a disporre che la durata minima del Master in oggetto è annuale - sottolinea che il corso «deve prevedere l'espletamento di un tirocinio formativo obbligatorio di almeno 500 ore da svolgersi presso Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere-universitarie, Enti classificati e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico». Nel ribadire che la Federazione non ha competenza per definire la validità o meno di un titolo, si ritiene altresì di sottolineare che debba essere attentamente verificata la competenza del professionista che assumerà tali funzioni gestionali e che le Aziende sanitarie sono comunque tenute a rispettare le disposizioni normative dell'Accordo Stato-Regioni riprese anche dall'ultimo Ccnl del Comparto sanità (p. 12).

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

- BENNER P., SUTPEN M., LEONARD V., DAY L. (2010), *Educating nurses: a call for radical transformation*, Jossey-Bass, San Francisco.
- BENSA G., PRENESTINI A., VILLA S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BERGAMASCHI M., CANTÙ E. (2000), «Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- CANTARELLI M. (2003), *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, seconda edizione, Masson, Milano.
- DAL CANTON A., DEL VECCHIO M. (2009), «Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia», *Mecosan*, 72, pp. 9-37
- DEL VECCHIO M. (2006), «Nuove tendenze nelle strutture di governo: interpretazioni e riflessioni a margine di un documento della Regione Emilia Romagna», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2011), «Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione», *L'Infermiere*, LV(4).
- DE PIETRO C. (2009), «L'invecchiamento del personale Ssn», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2010a), «La femminilizzazione dei medici del Ssn», *Mecosan*, 74, pp. 25-36.
- DE PIETRO C. (2010b), «Infermieri e nefrologia in Italia», *Giornale Italiano di Nefrologia* 27(2): pagg. 178-187.
- DE PIETRO C., SARTIRANA M., BENVENUTI C. (2011), «Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Egea, Milano.
- FREIDSON E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano (trad. it. di *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York).
- LEGA F., DE PIETRO C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74, pp. 261-281.
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009 - OECD Indicators*, OECD, Paris.
- SCARDIGLI V., ZANGRANDI A. (2009), «Gli infermieri negli ospedali alla ricerca di autonomia. I risultati di un'indagine nelle aziende sanitarie pubbliche italiane», *Mecosan*, 70, pp. 99-123.
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.

**Rivista aperta a contributi**

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

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

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

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

**Invio dei contributi**

I contributi devono essere inviati a:

**Redazione Mecosan**

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

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

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

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

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

**Titoli dei paragrafi**

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Lunghezza articoli**

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

**Tabelle, grafici e figure**

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

**Note**

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

**Riferimenti bibliografici**

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

**Monografie**

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

**Pubblicazioni con più autori**

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

**Saggi in pubblicazioni**

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

**Articoli in riviste**

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

**Rapporti/Atti**

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

**Non pubblicati**

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

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

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

# Cultura organizzativa e cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche

ANNA PRENESTINI

*A growing literature points that health reforms have been overly focused on structural change (e.g., introduction of general management tools, creation of quasi-market mechanisms, mergers, etc.) rather than on cultural change. It is increasingly recognized that structural reforms alone cannot secure adequate and efficient organizational change, but they need also cultural changes. The paper presents a literature review on organizational culture and change applied to healthcare organizations. The aims of the work are, on one hand, understand why the study of these topics is relevant for the managerial practices and the policy makers and, on the other hand, indicate the future prospects of Italian research.*

Keywords: organizational culture, organizational change, literature review, healthcare organization

Parole chiave: cultura organizzativa, cambiamento organizzativo, literature review, healthcare organization

#### Note sull'autore

Anna Prenestini è Ricercatrice CERGAS e docente SDA - Università Bocconi

## 1. Introduzione: l'evoluzione degli studi sulla cultura organizzativa

La nozione di «cultura» trova le sue radici nelle scienze antropologiche dei primi del ventesimo secolo e descrive i processi di socializzazione che avvengono all'interno di famiglie, comunità, scuole, istituzioni religiose, ecc. (Williams, 1983). L'applicazione di queste idee alle organizzazioni è avvenuta negli Stati Uniti già nel periodo successivo alla seconda guerra mondiale (Selznick, 1957; Cyert, March, 1963).

Tuttavia, bisogna aspettare il 1979 per la prima definizione di «organisational culture», termine coniato da Pettigrew per indicare un apparato di simboli, linguaggi, ideologie, «credo», rituali e miti che influenzano il comportamento di un'organizzazione. Il filone di studi sulla cultura organizzativa è arrivato all'attenzione degli studiosi di management e dell'opinione pubblica solo agli inizi degli anni ottanta soprattutto attraverso le opere di Schein (1985a e 1985b).

Da allora, in particolare nel mondo anglosassone, sono stati condotti alcuni importanti studi sulle imprese (Peters, Waterman, 1982; Deal, Kennedy, 1982; Ouchi, Wilkins, 1985), che hanno verificato quanto il concetto di «cultura organizzativa» fosse una variabile cruciale per l'ottenimento delle performance aziendali. Inoltre, sempre negli anni ottanta, alcuni autori (Schein, 1981; Ouchi, 1981) hanno ricercato nella cultura organizzativa le cause del boom delle imprese giapponesi rispetto alla decadenza delle imprese americane. Nell'ultimo quindicennio, l'interesse verso le culture organizzative e il loro rapporto con le performance aziendali è cresciuto notevolmente tra i ricercatori di manage-

## SOMMARIO

1. Introduzione: l'evoluzione degli studi sulla cultura organizzativa
2. Il concetto di cultura organizzativa
3. Cultura e cambiamento organizzativo
4. Conclusioni e prospettive future per la ricerca

ment, riflettendosi nella produzione di una serie di importanti studi empirici che hanno avuto come oggetto di riferimento anche le aziende sanitarie (Gerowitz *et al.*, 1996; Gerowitz, 1998; Davies *et al.*, 2007).

Nella letteratura economico-aziendale italiana, il concetto di cultura organizzativa ha avuto alterne fortune. Sulla scia degli studi intrapresi a livello internazionale, negli anni ottanta si è svolto un dibattito in merito alla nozione e alle implicazioni della cultura organizzativa sulle principali riviste scientifiche dell'epoca (Bodega, 1988; Romei, 1988; Celli, 1989). All'interno di tali riviste hanno trovato altresì spazio importanti contributi di autori internazionali (Schein, 1984a) tradotti in lingua italiana. Anche alcuni studiosi del settore pubblico hanno condotto talune interessanti speculazioni sull'opportunità di introdurre il concetto cultura organizzativa nelle pubbliche amministrazioni per contribuire a un mutamento che – già allora – era sentito come improrogabile, giungendo tuttavia a conclusioni negative sul punto (Gherardi, Mortara, 1987).

Negli anni novanta – epoca di grandi riforme sanitarie dettate dall'onda del *new public management* – in Italia il tema della cultura organizzativa è stato trascurato in nome di soluzioni e strumenti manageriali che avevano impatto sulle strutture organizzative e sui meccanismi operativi delle aziende sanitarie ma che, in realtà, non sempre riuscivano a influenzare la vecchia cultura e determinare un concreto cambiamento nei comportamenti organizzativi.

Solo nell'ultimo lustro gli studi sulle culture organizzative sono stati ripresi con intensità nella letteratura economico-aziendale italiana, in particolare quella relativa al management sanitario (Fiore, 2008 e 2009), a seguito delle importanti ricerche condotte a livello internazionale e dell'accresciuta consapevolezza che le riforme sanitarie del decennio precedente – di carattere più strutturale – non avevano condotto ai risultati previsti poiché non erano riusciti modificare i comportamenti dei professionisti delle aziende sanitarie.

Il riconoscimento della necessità di incidere in primo luogo sui modi di agire delle persone che operano nelle aziende sanitarie per evitare fenomeni di resilienza al cambiamento (Lega, 2006) ha, quindi, riportato

al centro dell'attenzione degli studiosi e del management pubblico il tema della cultura organizzativa.

Scopo di questo contributo è di offrire al lettore una disamina organica della letteratura sul tema della cultura organizzativa e del cambiamento per comprendere come tali argomenti si inseriscano nell'attuale dibattito sul miglioramento delle aziende sanitarie e per evidenziare futuri ambiti di ricerca sul tema.

## 2. Il concetto di cultura organizzativa

### 2.1. Nozione e caratteristiche

Sebbene la nozione di cultura organizzativa sia oggi frequentemente utilizzata nella letteratura manageriale e organizzativa, essa rimane ancora un concetto elusivo, passibile di differenti interpretazioni e privo di un'unica consensuale definizione.

Le numerose concettualizzazioni possono essere ricondotte a due fondamentali scuole di pensiero (Davies *et al.*, 2000): la prima famiglia di approcci, derivante dalla visione post-modernista del mondo, identifica la cultura come qualcosa che l'organizzazione «è», ossia la cultura è vista come una metafora per descrivere un'organizzazione e non viene trattata come elemento identificabile o separabile dall'organizzazione stessa; il secondo filone ritiene che la cultura sia qualcosa che l'organizzazione «ha», ossia un aspetto o una variabile dell'organizzazione che può essere isolata, descritta e manipolata. Tale distinzione è cruciale poiché, se la cultura è trattata come una variabile che l'organizzazione possiede e non come metafora dell'organizzazione stessa, allora è possibile creare, cambiare e gestire la cultura al fine di raggiungere gli scopi aziendali. La maggior parte della letteratura manageriale sul tema si fonda proprio sull'idea che la cultura sia un attributo dell'organizzazione e che, quindi, sia suscettibile di manipolazioni e di modificazioni al fine di raggiungere gli obiettivi previsti.<sup>1</sup> In questo lavoro si seguirà quest'ultima visione, considerando la cultura come una variabile dell'assetto organizzativo aziendale.

Aderendo a questa concezione, si può quindi fare riferimento alla definizione di cultura data da Schein (1984b): «La cultu-

ra organizzativa è l'insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto e sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi, e perciò tali da essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi». Questi assunti di base e queste convinzioni sono, quindi, le risposte che il gruppo ha appreso con l'esperienza per rispondere alle tensioni poste dall'ambiente esterno e ai problemi di integrazione interni all'azienda. Dato che queste teorie hanno funzionato più volte, questi assunti di base vengono dati per scontati e funzionano in modo automatico risolvendo i problemi dell'organizzazione in modo continuativo e sicuro.

La cultura organizzativa, secondo Schein (1985b), può essere analizzata a tre differenti livelli:

Il primo livello della cultura (il più visibile e riconoscibile) è costituito dagli «artefatti», ossia l'ambiente fisico e sociale che l'organizzazione costruisce: architettura, tecnologia, *layout* degli uffici, modo di vestire, modelli comportamentali visibili o udibili, il linguaggio scritto e parlato. Benché gli artefatti siano ben visibili – anche se a volte non apertamente – essi sono difficili da interpretare: la difficoltà sta nel comprendere il loro significato recondito, il modo in cui si collegano tra di loro e le ragioni profonde che li ispirano, in altre parole «perché» un gruppo si comporta in quel modo.

Nel caso delle aziende sanitarie, gli artefatti possono includere diversi aspetti quali (Davies *et al.*, 2000; Braithwaite *et al.*, 2010): il *layout* dei reparti, le tecnologie diagnostiche e terapeutiche, il *dress code* ospedaliero (ad es. camici diversi a seconda delle professioni mediche o sanitarie e delle diverse specializzazioni), modi standard di erogare le prestazioni sanitarie (ad es. il giro di visite mattutino dei medici con i propri assistenti al seguito), metodi di valutazione delle performance professionali (giudizio espresso solo da pari).

Il secondo livello è rappresentato dai «valori». Tali valori sono i principi fondamentali in base ai quali si può giudicare e distinguere il comportamento «giusto» da quello «sba-

gliato». I valori, quindi, regolano il comportamento dei membri dell'azienda. Se la soluzione che inducono funziona e ha successo, il valore inizia gradualmente il suo processo di trasformazione cognitiva in una «convinzione» e, in ultima istanza, in un «assunto». Quando i valori vengono dati per scontati, si trasformano in assunti ed entrano a far parte delle idee cui si fa riferimento automaticamente, come delle abitudini inconscie. Tuttavia, verranno trasformati in assunti solo i valori che sono suscettibili di approvazione tangibile e sociale e che si dimostrano efficaci per risolvere i problemi con continuità. Altre tipologie di valori, invece, rimangono nella sfera del conscio e vengono definiti in modo esplicito poiché costituiscono la normativa e la funzione morale di quanti dirigono il gruppo per gestire determinate situazioni chiave: si pensi, per esempio, a una serie di valori racchiusi nell'ideologia e nella filosofia dell'azienda che possono essere elementi di coesione del gruppo e servire come fonte di identità e di aggregazione. A livello di artefatti, tale filosofia valoriale potrebbe essere espressa nel credo o nello statuto aziendale, tuttavia questi ultimi mostrano solo i valori manifesti o espressamente accettati di una cultura ma le ragioni profonde rimangono sovente nascoste o inconscie.

I valori che si riferiscono tradizionalmente alla professione medica sono quelli che, a livello esplicito, sono riportati nel giuramento di Ippocrate moderno. Tali valori mettono al primo posto i bisogni dei pazienti e, di conseguenza, enfatizzano l'autonomia di giudizio e la libertà decisionale del medico al fine di rispondere a tali necessità rispetto ai vincoli economici e agli obiettivi aziendali. Volendo fare un approfondimento rispetto ai valori espliciti delle organizzazioni sanitarie, alcuni autori – riprendendo le teorie di Simons (1995) sui sistemi di controllo strategico – hanno evidenziato l'importanza del fattore culturale e, in particolare, dei «beliefs and boundaries systems»<sup>2</sup> per il perseguimento delle strategie aziendali (Favotto, 2007). La letteratura ha già ricondotto i sistemi dei valori e dei confini di Simons alle caratteristiche delle aziende sanitarie (Prenestini, 2008), che si ritiene interessante riprendere in questa sede. Per quanto riguarda i sistemi dei valori, si possono individuare due tipologie di credo cui si ispirano gli operatori delle

organizzazioni sanitarie: il «credo aziendale» e il «credo professionale». Dal punto di vista della singola azienda, il processo strategico comporta la definizione della *mission*, della *vision* e la dichiarazione dei valori cui l'organizzazione si ispira, che vengono generalmente riportati nel piano strategico aziendale; dal lato professionale, il sistema di credo dei medici è rinvenibile proprio nel giuramento d'Ippocrate moderno, che definisce altresì alcuni limiti in termini prescrittivi. Nelle aziende sanitarie assumono, inoltre, particolare rilevanza i sistemi dei confini costituiti dai «limiti strategici», dal punto di vista aziendale, e dal «codice deontologico dei medici», dal punto di vista professionale. A livello di singola azienda, in particolare, i limiti strategici sono rappresentati dal piano strategico formalizzato, che costituisce per tutta l'organizzazione il punto di riferimento per le decisioni di medio e lungo periodo, limitando in tal modo la ricerca di opportunità non coerenti con le linee di sviluppo dell'organizzazione. Il codice di deontologia medica è, invece, un *corpus* di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine dei medici che a quelle norme devono, quindi, adeguare la propria condotta professionale.

Il terzo livello, più profondo, attiene agli «assunti di base». Tali assunti rappresentano le idee e le concezioni più implicite e tipicamente inconscie che determinano il modo in cui i membri del gruppo percepiscono, pensano e sentono (Schein, 1983). Ciò che era inizialmente solo un'ipotesi sostenuta da un valore o da un'impressione, comincia a diventare gradualmente una realtà e porta a pensare che la natura funzioni effettivamente in quel modo. L'assunto, nella misura in cui viene dato sempre più per scontato, scompare dalla sfera della consapevolezza e non permette grandi variazioni all'interno di un'unità culturale. Difatti, se un assunto di base viene tenuto in grande considerazione all'interno di un gruppo, i componenti del gruppo stesso trovano inconcepibile agire in base ad altri presupposti. Gli assunti di base, perciò, non si prestano a discussione o confronti: far rivivere, riesaminare e tentare di modificarli è intrinsecamente difficile.

Il secondo e il terzo livello della cultura, quindi, ricadono entrambi nella sfera dei valori ma possono essere distinti in (Schein,

1984b): 1) valori finali – non discutibili, dati per scontati – per i quali il termine «assunti» è più appropriato e 2) valori discutibili – espliciti, dichiaratamente accettati – per i quali il termine «valori» è più adatto. Sappiamo di avere a che fare con un assunto quando riscontriamo nei nostri interlocutori un rifiuto a mettere qualcosa in discussione. Ed è proprio a quest'ultimo livello che si colloca l'essenza della cultura organizzativa.

Ogni organizzazione, quindi, opera sulla base di un insieme di assunti che riguardano il genere umano, la natura e le azioni: l'interrelazione coerente di questi assunti determina il «paradigma culturale» dell'organizzazione.

Posto che è sempre difficile spiegare gli assunti fondamentali dei gruppi sociali, nel caso delle organizzazioni professionali mediche questo è un tema ancora più critico. Infatti, la scienza medica è in primo luogo coinvolta in questioni che incidono sulla sfera etica dei valori e che discendono dalla funzione stessa della medicina, ossia la ricerca delle cure più appropriate per la soluzione delle malattie che, grazie alle scoperte scientifiche degli ultimi anni, ha aperto frontiere fino a poco tempo fa inimmaginabili. Tali assunti dipendono non solo dai valori espressi dalla professione medica ma anche dalle concezioni religiose e morali dei singoli. Le concezioni culturali, politiche e religiose determinano, infatti, i confini oltre i quali la tecnologia e le tecniche mediche non sono più accettabili dal punto di vista etico e morale. La definizione dei confini oltre i quali la scienza non può spingersi può essere molto differente tra le singole persone e, di conseguenza, tra gruppi all'interno della stessa organizzazione – come è naturale pensare – ed è particolarmente difficile sostenere la fondatezza e la giustezza di una visione sulle altre se non rispetto alle proprie concezioni morali ed etiche, in particolare quando le scelte riguardano tecnologie che hanno potere su aspetti particolarmente sensibili come la vita o la morte delle persone.<sup>3</sup> Quindi, la decisione di utilizzare una determinata tecnica medica piuttosto che altre, potrebbe derivare da valori ormai dati per scontati che non sono suscettibili di modificazioni. Volendo fare ulteriori riflessioni sul tema degli assunti, Davies *et al.* (2000) inseriscono tra questi le concezioni relative alla misurabili-

tà, all'aggregazione e alla trasferibilità della conoscenza medica: tradizionalmente la ricerca medica si è basata sull'uso del metodo razionale per generare e accumulare conoscenza (ad es. *trial* randomizzati piuttosto che metodi qualitativi e interpretativi) e oggi è dato per scontato che sia l'unico metodo scientifico per generare nuove teorie sulle cause delle malattie e nuove risposte in termini di terapie.

Nel caso delle organizzazioni sanitarie, tali differenze tra i livelli culturali si rivelano importanti e utili. Infatti, mentre gli artefatti e gli elementi visibili della cultura possono essere facilmente manipolati, i valori e gli assunti di base sono molto più resistenti alle influenze esterne. Per esempio, le riforme sanitarie degli anni novanta hanno introdotto strumenti manageriali come *budget* e obiettivi per migliorare le performance delle aziende sanitarie; nella maggior parte dei casi, tuttavia, questi sistemi, che hanno intaccato solo la parte superficiale della cultura (con la partecipazione dei direttori di struttura alle negoziazioni di *budget*), non sono riusciti – almeno inizialmente – a penetrare i valori di cui erano portatori i medici, lasciando immutata la loro autonomia decisionale nelle scelte di utilizzo delle risorse e negli obiettivi da raggiungere.

Nonostante la cultura sia un fenomeno difficile da interpretare e da descrivere, c'è sostanziale accordo in letteratura rispetto ad alcuni aspetti e caratteristiche che una cultura organizzativa può presentare (Davies *et al.*, 2000, adattato da Robbins, 1996 e Newman, 1996):

1. *Attitudine all'innovazione e all'assunzione di rischio*; l'organizzazione potrebbe incoraggiare e premiare nuovi modi di fare le cose oppure, viceversa, cercare di mantenere gli approcci tradizionali.

2. *Grado di accentramento/decentramento decisionale*; l'azienda potrebbe decidere di mantenere accentrate presso il vertice strategico le funzioni decisionali e di definizione degli obiettivi, oppure lo stile di direzione potrebbe portare a devolverle verso il *middle management*.

3. *Percorsi di comunicazione*; da un lato, si potrebbe optare per una definizione formale delle procedure di comunicazione in modo da rispettare la gerarchia aziendale, invece

dall'altro l'organizzazione potrebbe incoraggiare la comunicazione tra i suoi membri attraverso canali informali.

4. *Orientamento al processo o agli outcome*; attiene al grado con cui i meccanismi di controllo e di ricompensa sono focalizzati sui compiti piuttosto che sui prodotti/servizi finali.

5. *Focus esterno o interno*; l'organizzazione potrebbe privilegiare le relazioni con l'ambiente e agli *stakeholder* esterni, in particolare i pazienti e la comunità di riferimento, oppure attribuire maggiore importanza alle questioni interne all'azienda.

6. *Uniformità o differenziazione*; le attitudini e le aspettative all'interno dell'organizzazione potrebbero privilegiare la coerenza e l'uniformità dei valori oppure incoraggiare la differenziazione.

7. *Orientamento delle persone*; questa dimensione riguarda l'attitudine dell'azienda a supportare e valorizzare le proprie risorse umane.

8. *Orientamento del team*; i meccanismi premianti dell'azienda potrebbero incoraggiare l'individualismo e la competizione, oppure la struttura organizzativa e i meccanismi operativi potrebbero essere disegnati in modo da supportare il lavoro in *team*.

9. *Attitudine alla competizione*; tale dimensione concerne l'attitudine dell'azienda a competere in modo aggressivo con le organizzazioni che convivono nella stessa «arena» oppure, viceversa, a collaborare e cooperare con tali aziende allo scopo di dare una risposta integrata ai bisogni della comunità.

10. *Attitudine al cambiamento*; l'organizzazione potrebbe dare maggiore enfasi alla stabilità interna piuttosto che al dinamismo e al cambiamento.

Tutti gli aspetti e gli attributi della cultura esposti sopra sono centrali anche nel dibattito sulla futura direzione e sugli aspetti manageriali delle aziende sanitarie.

Volendo, al termine di questo paragrafo, giungere a una sintesi rispetto alle nozioni finora espresse, si indica che per cultura si intende «un insieme di assunzioni, credenze, valori, norme, azioni, artefatti e modelli di linguaggio comuni e radicati in un gruppo sociale, che ne orientano il comportamento». Questo permette alle persone che fanno parte dell'organizzazione di reagire a determinate

situazioni in modo simile tra di loro, ma distintivo rispetto ad altri gruppi sociali.

Riprendendo una definizione sintetica ma efficace, coniata dal gruppo di ricerca di Davies e Mannion (Davies *et al.*, 2000; Mannion *et al.*, 2003; Mannion *et al.*, 2005), la cultura è «the way things are done around here».

## 2.2. Le sub-culture aziendali

Si deve tenere anche in considerazione che la cultura di un'organizzazione è lungi dall'essere uniforme o coerente: nonostante alcuni attributi possano riscontrarsi in tutta l'organizzazione, altre caratteristiche possono essere prevalenti solo in alcune sezioni di essa. Di conseguenza, possono emergere differenti tipologie di culture (c.d. sub-culture) all'interno dell'organizzazione sia rispetto a differenti gruppi professionali (i medici potrebbero essere portatori di caratteristiche culturali diverse da quelli della professione infermieristica) sia rispetto alle diverse specializzazioni (per esempio, tra clinici di medicina interna e chirurghi). Tali sotto-gruppi, potrebbero aver già deciso di differenziarsi l'uno dall'altro, dimostrandolo attraverso gli artefatti (questo è proprio il caso del *dress code* e dell'attribuzione di camici e divise da lavoro diverse per le professioni e per le diverse specialità mediche).

Alcune di queste sub-culture sono, inoltre, associabili a differenti livelli di potere e di influenza all'interno dell'organizzazione, le cui dinamiche possono comunque modificarsi nel corso del tempo: si fa riferimento al presunto declino della professione medica così come tradizionalmente intesa e all'accresciuta importanza delle altre professioni sanitarie che diventano altamente qualificate e, inoltre, all'emergere della cultura manageriale (De Pietro, 2005; De Pietro, Prenestini, 2008).

Rivalità e competizione tra i diversi sotto-gruppi culturali sono fenomeni tipici delle organizzazioni e, notoriamente, particolarmente rilevanti e critici nelle aziende sanitarie: la letteratura parla di «turf wars» per indicare quelle «guerre» tra professionisti di diverse aree disciplinari per mantenere intatto il proprio territorio (in termini di utenti, risorse, tecnologie disponibili, posizioni di responsabilità) che si scatenano nel momento in cui la posizione di rendita che è stata

conquistata viene minacciata dagli interessi di altri sotto-gruppi culturali (Lega, 2008).<sup>4</sup> Tali «turf wars» possono scatenarsi non solo tra medici di diverse specialità ma anche tra diverse professioni sanitarie o tra ruoli sanitari e amministrazione o management aziendale.

Le diverse sotto-culture possono essere più malleabili, ossia soggette a cambiamenti nei loro artefatti e valori espliciti, o possono rimanere assolutamente resistenti al cambiamento, sviluppandosi come «counter cultures» (Scott *et al.*, 2003a).

Martin (2002) studia le culture attraverso tre prospettive diverse che da un lato vanno ad accertare gli attributi comuni, dall'altro gli elementi differenziali: i) la «integrationist perspective» accerta le coerenze tra le culture organizzative; ii) la «differentiationist perspective» guarda le incongruenze che emergono, per esempio, tra sotto-culture; iii) la «fragmentationist perspective», invece, studia le culture come fenomeno ambiguo e transitorio.

Tali prospettive permettono di distinguere le culture organizzative come:

1) *integrate* quando c'è un largo consenso sui valori di base e sui comportamenti ritenuti accettabili all'interno dell'organizzazione. Questa situazione sembra più desiderata che effettivamente riscontrata in pratica;

2) *differenziate* quando più gruppi di persone all'interno dell'organizzazione possiedono visioni e valori diversi e, a volte, incompatibili. In questo caso, nel corso del tempo ci si può aspettare lo sviluppo di sub-culture, di incomprensioni e, addirittura, di conflitti;

3) *frammentate*, nel momento in cui le culture differenziate vanno a divergere e frammentarsi completamente. Anche tra specifiche sotto-culture, quindi, le differenze possono essere più marcate degli elementi di comunanza e gli accordi tra le parti sono possibili solo in modo temporaneo e quando destinati a raggiungere un determinato obiettivo che interessa a entrambi. Nel caso delle culture *frammentate*, l'organizzazione è caratterizzata da mutevoli alleanze e una considerevole incertezza, ambiguità e imprevedibilità.



Come rappresentato nel **box 1**, Braithwaite et al. (2010) hanno applicato tali prospettive ai *teaching hospital*, differenziando tra livelli: i) intera organizzazione, ii) gruppi e iii) singoli individui.

### 2.3. La cultura come risposta ai problemi di integrazione interna e di adattamento all'ambiente esterno

Se la presenza di sub-culture all'interno dell'azienda può rendere quest'ultima mag-

giormente soggetta a conflitti, in ogni caso anche organizzazioni che dimostrano un'elevata coerenza dal punto di vista culturale devono rispondere ai propri problemi di integrazione interna: un'organizzazione può sopravvivere solo se è in grado di gestirsi come gruppo sociale.

Il **box 2**, riassume i principali problemi di integrazione interna che devono essere risolti dal punto di vista culturale. Le soluzioni adottate per superare tali problemi certamente varieranno da un'azienda all'altra, poiché

Livello	Integrazione	Differenziazione	Frammentazione
<b>Azienda</b>	<i>Un ospedale orientato al consenso: clinici, manager e pazienti sono relativamente allineati</i>	<i>L'ospedale è diviso, con considerabili differenze tra sub-culture</i>	<i>Si mantengono solo piccoli accordi a livello aziendale, ma l'ospedale è interamente balcanizzato</i>
<b>Sotto-culture</b>	<i>I differenti gruppi (appartenenti a diverse professioni, dipartimenti o reparti) manifestano poche differenze culturali</i>	<i>Ogni gruppo con sotto-cultura diversa interagisce in modo distintivo, complesso e con valori, credo e comportamenti unici e distinguibili</i>	<i>Le interrelazioni tra i gruppi sono flessibili, mutevoli e ambigue</i>
<b>Individui</b>	<i>Molti medici, infermieri, operatori sanitari, manager e pazienti sono individualmente allineati ai più ampi valori dell'ospedale</i>	<i>Le personalità individuali sono composte da una pluralità di sub-componenti e da caratteristiche uniche</i>	<i>Gli individui sono in un flusso di frammentate prospettive all'interno di un ambiente sociale composto da multiple posizioni politiche e numerosi repertori comportamentali</i>

#### Box 1

Le prospettive culturali di Martin applicate ai *teaching hospital*  
Fonte: adattato da Braithwaite et al. (2010a)

Linguaggio	<i>Linguaggio e categorie concettuali comuni. Se i membri non possono comunicare e comprendersi tra loro, un gruppo è per definizione impossibile.</i>
Limiti	<i>Consenso sui confini del gruppo e criteri per l'inclusione e l'esclusione. Una delle aree più importanti della cultura è il consenso su chi fa parte e chi è escluso dall'organizzazione e in base a quali criteri si opera questa distinzione.</i>
Potere e status	<i>Consenso sui criteri di allocazione del potere e dello status. Ogni organizzazione deve elaborare un proprio ordinamento gerarchico e le sue regole su come si ottiene, mantiene e perde il potere. Quest'area di consenso è cruciale per aiutare i membri dell'organizzazione a gestire la propria aggressività.</i>
Confidenza	<i>Consenso sui criteri di confidenza, amicizia e affetto. Ogni organizzazione deve elaborare le sue regole del gioco per le relazioni tra pari, le relazioni tra i sessi e il modo in cui la franchezza e la confidenza vanno utilizzate nell'ambito della gestione dei compiti dell'organizzazione.</i>
Premi e punizioni	<i>Consenso sui criteri per la distribuzione di premi e punizioni. Ogni gruppo deve fissare i propri ideali positivi e negativi di comportamento, che cosa vada premiato con beni, status e potere, che cosa vada penalizzato con la sottrazione di benefici e, in ultima istanza, con la «scomunica».</i>
Ideologia	<i>Consenso su ideologia e «religione». Ogni organizzazione, come ogni società, affronta eventi inspiegabili cui deve essere attribuito significato affinché i membri possano reagire ed evitare l'ansia di aver a che fare con l'inspiegabile e l'incontrollabile.</i>

#### Box 2

Problemi di integrazione interna  
Fonte: Schein (1984b)

fondate sui valori e i pregiudizi degli attuali leader e le esperienze passate del gruppo sociale; tuttavia, tra le diverse organizzazioni potrebbero riscontrarsi dei modelli di soluzione simili legati a fattori quali l'età dell'organizzazione, la natura della tecnologia sottostante, la natura della cultura d'origine (Schein, 1984b).

La cultura mira a risolvere anche i problemi di adattamento esterno dell'organizzazione, ossia quei problemi che determinano la sopravvivenza stessa del gruppo nell'ambiente. Una parte dell'ambiente del gruppo è «costruito», nel senso che la precedente esperienza culturale predispone i membri a percepire l'ambiente in un determinato modo e, in una certa misura, a controllarlo. D'altro canto, le organizzazioni ricevono importanti influenze di tipo culturale da parte dell'ambiente esterno che possono andare a modificare i valori propugnati dall'organizzazione. Così, la cultura medica all'interno dell'ospedale potrà essere influenzata non solo dagli aspetti dell'organizzazione stessa ma anche, e forse maggiormente, dalla cultura prevalente trasmessa dalle società scientifiche e da gruppi professionali che riuniscono i medici a livello nazionale e internazionale (Davies *et al.*, 2000). Inoltre, anche l'opinione pubblica e le inchieste dei mass media possono influenzare fortemente la cultura organizzativa nelle aziende sanitarie.

Gli elementi essenziali del ciclo di attività che l'azienda deve svolgere per superare i problemi di adattamento all'ambiente esterno sono descritti nel **box 3**. Sebbene ogni fase del ciclo venga descritta in ordine sequenzia-

le, ogni organizzazione molto probabilmente li affronta contemporaneamente.

Come specificato, mentre alcuni di questi fattori esterni sono maggiormente controllabili, ci saranno sempre elementi dell'ambiente (clima, circostanze naturali, disponibilità di risorse economiche e materiali, normativa) che sono chiaramente al di fuori del controllo del gruppo e che potranno, in un certo modo, determinarne il destino (Schein, 1984b).

### 3. Cultura organizzativa e cambiamento

Il concetto di cultura è particolarmente importante per comprendere la possibilità di intraprendere un processo di cambiamento all'interno di un'organizzazione, plasmandola in modo che essa riesca a raggiungere gli obiettivi e i risultati desiderati. Infatti, quando i modi consolidati di fare e di pensare risultano inadeguati ad affrontare i problemi di adattamento esterno e quelli di integrazione interna, la questione cruciale è creare e rendere accettabile un nuovo sistema di assunti coerente con le esigenze di sviluppo delle competenze e della competitività dell'organizzazione (Fiore, 2007).

Quindi, il cambiamento del *modus operandi* delle organizzazioni per acquisire un maggiore successo dipende, in misura rilevante, dalla capacità di modificare la cultura e i valori sottostanti.

Un primo problema che le organizzazioni affrontano quando devono modificare la propria cultura deriva dal fatto che, generalmente, i gruppi sviluppano delle dinamiche comportamentali di «difesa» rispetto al

#### Box 3

Problemi di adattamento esterno

Fonte: adattato da Schein (1984b)

<b>Strategia</b>	Giungere ad una comprensione univoca e generale sulla <i>mission</i> fondamentale dell'organizzazione, sul compito primario e sulle funzioni manifeste o latenti del gruppo.
<b>Obiettivi</b>	Sviluppare il consenso sugli obiettivi, essendo questi il riflesso della <i>mission</i> dell'organizzazione.
<b>Mezzi</b>	Sviluppare il consenso sui mezzi da utilizzare per realizzare gli obiettivi (ad es. attraverso la divisione del lavoro, la definizione della struttura organizzativa, la creazione di un sistema di incentivi e di autorità).
<b>Valutazione</b>	Sviluppare il consenso attorno ai criteri da utilizzare per valutare in che misura il gruppo raggiunge i suoi obiettivi e traguardi (ad es. attraverso la definizione dei sistemi di programmazione e controllo e dei sistemi informativi).
<b>Correttivi</b>	Sviluppare il consenso sulle strategie correttive da adottare qualora gli obiettivi non vengano raggiunti (ad es. attraverso la predisposizione di sistemi di controllo strategico).

cambiamento (Weick, 1979; Levitt, March, 1988; Argyris, Schon, 1998; Lega, 2008):

– sono «problematistic searcher», nel senso che affrontano un cambiamento quando percepiscono di avere un problema in modo indiscutibile, altrimenti proseguono per inerzia con i comportamenti consueti;

– sono quindi «satisficing», nel senso che si accontentano di lavorare secondo livelli di performance accettabili, non ricercano il miglioramento continuo, ma nella maggior parte dei casi si ritagliano un «comfort bunker» fatto di prassi, consuetudini, cerimonie organizzative, dietro alle quali si proteggono. Questo porta spesso a logiche di lavoro da «sistema chiuso», autoreferenziale, anche nei confronti dei clienti interni, dei colleghi, delle altre unità organizzative, ecc.;

– agiscono secondo «retention of solutions», la ripetizione delle soluzioni passate (altrimenti detta «apprendimento superstizioso»), per cui quando affrontano un problema, la prima scelta è di ritrovare le soluzioni adottate in passato per problemi simili. Si ritiene che ciò che ha dato buoni frutti in passato sia necessariamente efficace anche in futuro. Questo comportamento, pur facendo leva sul dato positivo dell'esperienza, rischia di scivolare nella cosiddetta «trappola della competenza», per cui routine e pratiche familiari ai membri dell'azienda verranno riproposte anche in circostanze in cui altre pratiche si potrebbero rivelare maggiormente efficaci.

Sempre per spiegare le resistenze al cambiamento, Schein (1984a) indica che esistono fondamentalmente due meccanismi di apprendimento della cultura, che interagiscono tra di loro:

- la riduzione dell'ansia e dell'inquietudine, ossia il «modello del trauma sociale»;
- la ricompensa positiva e il rafforzamento, ossia il «modello del successo».

Per esempio, alla fondazione di un'organizzazione si dovrà fronteggiare fin dall'inizio l'ansia basilare che deriva dall'incertezza di sapere se il gruppo sopravvivrà, se sarà produttivo e se i membri saranno in grado di lavorare tra di loro. L'incertezza cognitiva e sociale è traumatica, ciò spinge i membri del

gruppo a ricercare modi di percepire, pensare e sentire che essi possano condividere e che rendano più prevedibile l'esistenza: in questo caso si parla di «apprendimento culturale».

Oltre a questi traumi iniziali, il gruppo potrà affrontare nel tempo delle altre «crisi di sopravvivenza». I membri impareranno a condividere la percezione della crisi e a sviluppare dei mezzi per affrontarla, superando l'inquietudine immediata e apprendendo anche come evitarla in futuro.

Il problema di questo meccanismo di apprendimento è che, una volta acquisito un modo per evitare una situazione stressante e traumatica, il gruppo continuerà a evitarla impedendo di verificare i mutamenti avvenuti nell'ambiente esterno. Si innesca, quindi, un «meccanismo di difesa», che il gruppo ha sviluppato per affrontare l'ansia e i traumi potenziali, opponendo resistenza al cambiamento.

Il secondo modello di apprendimento, invece, è basato su un rafforzamento positivo: vengono ripetute le azioni che hanno funzionato e si evita ciò che non ha avuto successo. Diversamente dal primo modello, questo meccanismo di apprendimento produce risposte che continuamente si confrontano con l'ambiente. Se l'ambiente è coerente nel produrre successo, ma successivamente cambia in modo tale che azioni in precedenza corrette non sono più adatte in quel contesto, il gruppo lo scoprirà velocemente e l'azione sarà riesaminata e modificata.

Tuttavia, Gagliardi (1986a) afferma che è difficilissimo distinguere tra il primo e il secondo modello di apprendimento, in quanto tutte le risposte che l'organizzazione elabora sono volte contemporaneamente a risolvere un problema e a ridurre l'ansietà che il problema irrisolto genera.

Oltre ai fenomeni di opposizione menzionati, la letteratura parla anche di «resilienza» al cambiamento (Lega, 2006), ossia della caratteristica dell'organizzazione (proprio come i metalli) di modificarsi se sottoposta a una pressione, ma di ritornare alla predisposizione originaria nel momento in cui la pressione degli agenti del cambiamento diminuisce (Gagliardi, 1986a). L'approccio resiliente è anche più subdolo dell'opposizione al cambiamento perché prevede un'iniziale accettazione formale delle modificazioni in-

trodotte e, quindi, instilla falsamente l'idea che il cambiamento abbia avuto successo nel modificare le pratiche dei membri dell'organizzazione; invece, una volta allentata la pressione, c'è la tendenza a ristabilire le condizioni precedenti al cambiamento (Lega, 2008).

Una volta specificate le maggiori criticità nell'affrontare un processo di cambiamento culturale, comunque necessario per rispondere a un ambiente caratterizzato da un significativo dinamismo, appare particolarmente importante stabilire attraverso quali meccanismi tale cambiamento possa essere effettivamente implementato. In questa sede non si intende fare una disamina di tutti i maggiori modelli teorici sul cambiamento organizzativo e culturale, ma si riportano alcune teorie che aiutino a comprendere le criticità e le op-

portunità di un processo che miri a plasmare la cultura organizzativa per il raggiungimento di determinati obiettivi. Di seguito verranno trattati i classici e più rilevanti modelli di cambiamento, ripresi in letteratura dalla maggior parte degli autori: 1) il modello del cambiamento per stadi di crescita aziendali di Schein (1984a), 2) il modello di Gagliardi (1986a) e 3) un modello di sintesi del cambiamento, proposto da Brown (1995) che riprende lo schema trifase di Lewin (1952), così come modificato da Schein (1964) e da Beyer e Trice (1988).

Il modello di Schein (1984a) si basa sull'ipotesi che il problema culturale di un'organizzazione sia differente lungo i diversi stadi di sviluppo della stessa e che richieda dei meccanismi di cambiamento diversi **box 4**.

#### Box 4

Stadi di crescita organizzativi e problemi culturali

Fonte: Schein (1984a)

Stadi di crescita	Problemi culturali	Meccanismi di cambiamento
Nascita, fase iniziale di sviluppo, dominazione del fondatore, successione con «management professionale»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cultura è la «colla» che tiene unita l'organizzazione</li> <li>- La cultura è la fonte di identità e competenza distintiva</li> <li>- Spinte per integrare e chiarificare la cultura</li> <li>- Forte enfasi su un'attenta selezione e socializzazione</li> <li>- I potenziali successori sono giudicati sulla base della loro volontà di preservare la cultura</li> <li>- Critica auto-analisi della cultura</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evoluzione naturale</li> <li>2) Evoluzione autoguidata</li> <li>3) Evoluzione per mezzo di ibridi</li> <li>4) Evoluzione per mezzo di personaggi chiave provenienti dall'esterno</li> </ol>
Diversificazione e periodo di mezzo dell'organizzazione: 1) Nuovi prodotti/mercati 2) Espansione geografica 3) Acquisizioni/fusioni 4) Integrazione verticale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'integrazione culturale declina al moltiplicarsi di sub-culture</li> <li>- Crisi di identità, perdita degli obiettivi, valori e principi</li> <li>- Opportunità di scegliere la direzione del cambiamento culturale</li> <li>- Decisioni di uniformità o diversità culturale</li> <li>- Importanza di un'analisi approfondita della cultura</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cambiamento pianificato e sviluppo organizzativo</li> <li>2) Attrattiva tecnologica</li> <li>3) Cambiamento a seguito di un avvenimento rivelatore, distruzione dei miti</li> <li>4) Incrementalismo logico</li> </ol>
Maturità organizzativa, stagnazione e declino: 1) Maturità dei mercati 2) Stabilizzazione delle relazioni interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cultura diventa un impedimento all'innovazione</li> <li>- La cultura perpetua le glorie del passato, perciò viene considerata come una fonte di autostima, diventa una difesa</li> <li>- Il cambiamento culturale è necessario e inevitabile: ma non tutti gli elementi della cultura possono o devono cambiare</li> <li>- L'auto-analisi è importante per preservare gli elementi essenziali della cultura, per evitare la distruzione del suo nucleo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inversione di tendenze</li> <li>2) Riorganizzazioni, fusioni, acquisizioni: sostituzioni di personale di notevole portata</li> </ol>

Per quanto riguarda lo stadio della nascita dell'organizzazione, ci si possono aspettare pochi cambiamenti culturali ma grandi sforzi per chiarire, integrare, mantenere ed evolvere la cultura. Il cambiamento culturale, in questo caso, diviene un problema solo in presenza di due condizioni: i) l'azienda si scontra con difficoltà economiche che obbligano i dirigenti-chiave a rivalutare la propria cultura; ii) la successione del fondatore con dirigenti professionisti costringe a delle valutazioni sul tipo di successore da scegliere.

I meccanismi per portare avanti il cambiamento culturale sono sostanzialmente quattro.

– Evoluzione naturale: se la cultura non è sottoposta a un eccessivo grado di stress dall'ambiente esterno e se il fondatore domina per un lungo periodo di tempo, la cultura semplicemente evolve in base a ciò che più si dimostra utile negli anni (ad es. verso una maggiore complessità, diversificazione dei prodotti/servizi/mercati oppure l'adattamento di specifiche parti dell'organizzazione ai particolari contesti aziendali).

– Evoluzione auto-guidata tramite terapia organizzativa: in questo caso è l'organizzazione stessa che chiede aiuto per «sbloccarsi» e far partire un'indagine introspettiva e razionale sui problemi culturali attuali e sulle modificazioni necessarie per la sopravvivenza dell'azienda.

– Cambiamento tramite ibridi: se i vertici dell'organizzazione ammettono che esiste la necessità di un cambiamento, allora selezioneranno per le attività-chiave i membri, appartenenti alla vecchia cultura, che tuttavia meglio rappresentano i nuovi principi che essi vogliono adottare; il successore di tipo «ibrido» è adatto in quanto rappresenta ciò che è necessario all'organizzazione per sopravvivere ed è accettato «perché è uno di noi».

– Cambiamento tramite persone-chiave provenienti dall'esterno: l'organizzazione sviluppa un senso di crisi a causa del declino nelle prestazioni o di qualche fallimento sul mercato e ne conclude che ha bisogno di nuovi apporti manageriali dall'esterno; tali manager entrano subito in conflitto con la cultura originale, provocando scetticismo, resistenze e perfino possibili sabotaggi del programma del nuovo capo. Se le prestazioni

organizzative migliorano e se si attribuisce il merito del miglioramento al nuovo capo, egli rimarrà in carica e i nuovi principi introdotti cominceranno a essere operativi.<sup>5</sup>

Nel secondo stadio di un'organizzazione, la cultura ormai acquisita nei primi anni è considerata come qualcosa che non può più essere messo in discussione. Gli unici elementi di cui gli individui sono probabilmente consapevoli sono le credenze, i valori dominanti, i «credo» aziendali, i documenti scritti e altre pubbliche affermazioni di ciò che l'azienda vuole e pretende di rappresentare, i suoi valori espliciti e le sue teorie (Argyris, Schon, 1998). D'altra parte, lo sviluppo aziendale porta a scelte strategiche relative alla crescita, alla diversificazione e alle acquisizioni.

I meccanismi di cambiamento culturale rilevanti in questo stadio sono quattro.

– Cambiamento pianificato e sviluppo organizzativo: il lavoro degli esperti di sviluppo organizzativo riguarda la fusione di sottoculture differenti e contrastanti attraverso gruppi di progetto, gruppi funzionali multidisciplinari, in modo da evitare la concorrenza distruttiva tra le unità operative e le divisioni. Come scrive Wenger (1998), l'appartenenza a una precisa articolazione organizzativa (ufficio, dipartimento, divisione, ecc.) consente al membro dell'organizzazione di maturare una propria identità professionale, di fare esperienze cumulabili (coerenti con l'area di competenza), di interagire e sviluppare delle comunità di pratiche. La contemporanea appartenenza anche a gruppi di progetto permette invece di liberare le energie individuali, di dare sfogo all'interesse intellettuale, al bisogno di fare diversamente, di motivare verso obiettivi ambiziosi, di partecipare al «disegno» di cambiamento.<sup>6</sup>

– Attrattiva tecnologica: tale categoria comprende sia la diffusione naturale di innovazioni tecnologiche sia la deliberata e manovrata introduzione di specifiche tecnologie allo scopo di attrarre i membri dell'organizzazione verso nuovi comportamenti che, a loro volta, richiederanno nuovi valori, credenze e principi, in modo da far ragionare gli individui secondo schemi comuni.<sup>7</sup>

– Cambiamento in seguito a un evento rivelatore, distruzione di miti: si tratta di un ac-

cadimento o avvenimento che, nel momento in cui si verifica e porta alla luce conseguenze pubbliche e constatabili (non essendovi nessuna possibilità da parte dell'azienda di nascondere, evitarlo o negarlo), produce un forte cambiamento culturale;<sup>8</sup> secondo Schein, si possono ipotizzare situazioni in cui gli stessi manager costruiscono deliberatamente degli scandali allo scopo di introdurre alcune modificazioni desiderate.

– Incrementalismo logico: questo meccanismo è in linea con le teorie di Quinn (1978) sul modello incrementale della strategia; anche in questo caso i cambiamenti culturali avvengono tramite decisioni di piccola portata prese giorno per giorno, che tuttavia possono condurre nel tempo all'instaurarsi di un nuovo insieme di assunti di base, sebbene questo processo non sia deliberato *ex ante* da parte dei manager.

L'ultimo stadio comprende la maturità organizzativa che può anche condurre nel tempo alla stagnazione e al declino. Questo stadio è forse il più importante dal punto di vista del cambiamento culturale, poiché alcune organizzazioni scoprono che parti della loro cultura diventano non funzionali in un dinamico ambiente concorrenziale. Tuttavia, se un'azienda ha avuto un passato di successi con determinati principi di fondo, è improbabile che essa voglia riesaminare o modificare tali assunti di base. Solo se l'inquietudine per la sopravvivenza è superiore, o almeno pari, all'ansia della rinuncia delle soluzioni culturali esistenti, allora potrà essere avviato un cambiamento.

In questo tipo di situazione le scelte disponibili sono fra: i) rapide trasformazioni di parti della cultura, per permettere all'organizzazione di adattarsi nuovamente all'ambiente, ossia un'inversione di tendenze, oppure ii) la distruzione del gruppo e della sua cultura tramite un processo di totale riorganizzazione.

– Inversione di tendenze: la precondizione per cambiare è che la cultura sia pronta a farlo; le condizioni che devono sussistere per un reale cambiamento sono: a) la presenza di un dirigente o un gruppo che innestino il processo di modifica che devono disporre di b) un chiaro senso della direzione verso cui l'azienda deve muoversi, c) un modello che

sintetizzi, a questo scopo, come si deve cambiare la cultura e d) il potere di implementare il modello. Ciò che conta, per un'inversione di tendenze, è la volontà e la capacità di costringere le persone a cambiare.<sup>9</sup>

– Riorganizzazione e rinascita: se si elimina il gruppo che sostiene una determinata cultura, qualsiasi gruppo che lo sostituisca comincerà a elaborare una propria cultura; questo è un processo traumatico che spesso non può essere utilizzato in senso strategico vero e proprio. Per avere successo nelle grandi organizzazioni, il cambiamento culturale tramite il «turnaround» implica che i nuovi soggetti debbano poter effettivamente agire sui meccanismi di controllo dell'organizzazione implementando un nuovo e chiaro sistema di responsabilità e *accountability*.

In ogni caso, aggiunge Schein (1984a), prima di pensare al cambiamento culturale è necessario capire e definire la forza di una cultura già esistente in un'organizzazione sia perché il cambiamento culturale è particolarmente difficile da implementare sia perché non è detto che una cultura più forte o diversa (e imprecisata) sia sempre meglio: questo dipende in larga parte dallo stadio di evoluzione dell'organizzazione.

Gagliardi (1986a) riprende la definizione di cultura su più livelli di Schein, affermando che la vera essenza rimane quella degli assunti e dei valori impliciti. Appunto per questo definisce tre tipologie di cambiamento possibili: 1) cambiamento apparente; 2) rivoluzione culturale e 3) cambiamento incrementale.

1. Nel caso del cambiamento apparente, l'organizzazione comprende che per sopravvivere e conservare la propria identità deve cambiare. Tuttavia, la gamma delle possibilità esplorate è condizionata dagli assunti e dai valori di base: saranno perciò considerate e attuate solo pratiche alternative di gestione compatibili con la cultura distintiva dell'organizzazione. In questo caso viene richiesto un intervento da parte del manager perché: i) le informazioni sono distribuite in modo ineguale tra le persone e occorre, quindi, attivare processi di analisi e di scambio comunicativo; ii) gli interessi delle persone e dei gruppi coinvolti nel cambiamento possono richiedere attività di negoziazione e di me-

diazione. L'intervento richiesto comprende le tradizionali tecniche di management caratterizzate dalla razionalità, dall'uso dell'argomentazione logica e dalla capacità di attivare processi individuali e di gruppo che consentono di controllare le ansie e di convogliare le energie verso la realizzazione del compito.

Tuttavia, se le alternative esprimibili dal potenziale d'azione di una cultura ed esplorate dai membri si rivelano inadeguate a risolvere i problemi di adattamento, l'organizzazione deve cambiare l'identità culturale per sopravvivere. Secondo Gagliardi, tuttavia, la comprensione dell'urgenza del cambiamento da parte dell'organizzazione non matura dalle esperienze negative e di insuccesso, anzi il problema può essere diagnosticato con lucidità solo da coloro che non sono profondamente coinvolti nella cultura esistente. Tali soggetti possono essere o i membri dell'organizzazione che appartengono a sotto-culture devianti oppure i «nuovi arrivati», ossia una nuova direzione strategica oppure consulenti chiamati dall'esterno. La pre-condizione per il cambiamento è l'esistenza di una leadership, esercitata da una persona o da un'élite, che «conduca l'organizzazione verso territori inesplorati dove sia possibile ricostruire la competenza e ridefinire l'identità» (Gagliardi, 1986a).

In questo caso sono due i meccanismi attraverso i quali può essere portato avanti un cambiamento culturale:

2. Quando le nuove strategie presuppongono valori antagonisti rispetto a quelli tradizionali, siamo in presenza di una rivoluzione culturale. Tale tipologia di cambiamento ha sempre costi altissimi poiché comporta: i) un massiccio «turnover» tra i membri dell'organizzazione appartenenti alla vecchia cultura e immissioni di nuovo personale; ii) disinvestimenti finanziari ed emotivi e paralleli nuovi investimenti; iii) distruzione di vecchi simboli e creazione di nuovi simboli. In questo caso ritiene Gagliardi che sia più giusto affermare che dalle ceneri della vecchia azienda è nata una nuova, che con la prima non ha nulla in comune.

3. Gagliardi ritiene preferibile e possibile un modello in cui il cambiamento culturale avvenga in modo incrementale e non radicale. In questo tipo di situazione la capacità di

gestione dei problemi comporta l'adesione a valori integrabili con quelli tradizionali: la trasformazione culturale risulta possibile, quantunque non di facile attuazione. Le condizioni per il cambiamento, in questo caso, sono: i) il non antagonismo dei valori e delle credenze ai quali le competenze auspiccate si ispirano con gli assunti e i valori tradizionali; ii) l'esistenza di una esperienza collettiva di successo nell'esercizio delle nuove competenze; iii) l'esistenza di una leadership che favorisce l'interpretazione retrospettiva e mitica del successo. Al contrario delle esperienze negative, l'organizzazione «impara» da quelle positive. Il cambiamento culturale, in questo caso, viene definito come un processo incrementale e può essere rappresentato come in **figura 1**. Anche Gagliardi riprende, quindi, le teorie di Quinn (1978) sull'incrementalismo logico.

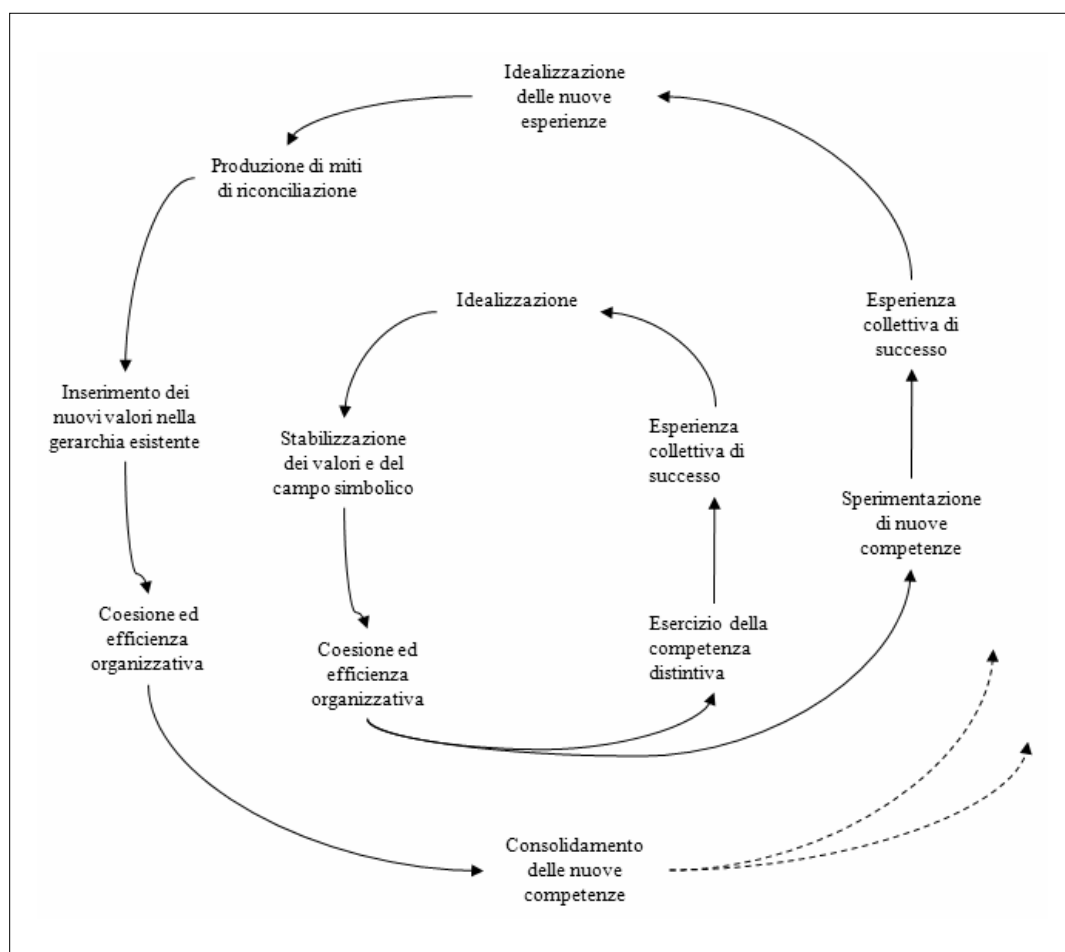
Come rappresentato nella figura, se l'organizzazione ha un'esperienza di successo collettiva, che può anche essere dovuta a una combinazione casuale e fortunata di circostanze, parte un processo di idealizzazione emotiva che inizia a stabilizzare tali valori fino a farli diventare assunti. Il compito del leader nel cambiamento è dunque soprattutto quello di creare le condizioni per un'esperienza visibile di successo, anche se circoscritta e parziale, e razionalizzare retrospettivamente gli eventi positivi, anche se dovuti alla fortuna. Il leader non reinterpreterà la storia passata per trovare giustificazioni alle sue proposte e non contraddirà i miti che esistono, ma interpreterà gli eventi recenti e il presente favorendo l'inserimento dei valori emergenti nella gerarchia dei valori operanti e promovendo la nascita di nuovi miti che si sovrappongono ai vecchi miti e riconciliano le nuove contraddizioni.

Il modello di Gagliardi appare particolarmente interessante perché, da un lato, afferma la possibilità che si possa arrivare al cambiamento anche in modo graduale, senza sostenere i costi di una rivoluzione radicale, dall'altro, enfatizza il ruolo del leader nella traduzione degli eventi di successo – anche casuali o fortuiti – in una chiara attribuzione di causa ed effetto in modo che i membri dell'organizzazione li accettino emotivamente, quindi, si trasformino in miti e assunti di base.

**Figura 1**

Il cambiamento culturale come processo incrementale

Fonte: Gagliardi (1986a)



Un modello famoso di sintesi del cambiamento, invece, è quello riportato da Brown (1995) e ripreso da Mannion *et al.* (2008), che si divide concettualmente in tre fasi: i) *unfreezing*, ii) *change (through cognitive restructuring)* e iii) *refreezing*.

L'*unfreezing* (scongelo) è lo stato in cui il disequilibrio percepito dal sistema è tale da generare una motivazione al cambiamento, comunemente accettata e condivisa da tutti i membri dell'organizzazione e non solo dal *top management* che lo promuove. Il principale effetto di questa fase è lo scongelamento dei comportamenti, azioni, relazioni e credenze routinizzate nell'organizzazione, che costituiscono il cosiddetto *comfort bunker*. L'*unfreezing* si compone di due riti fondamentali (Mannion *et al.*, 2008).

Il primo rito è la «messa in discussione e la distruzione dell'ordine costituito» (*questioning and destruction*), intesa come l'im-

missione o l'emergere nell'organizzazione di informazioni di tipo politico, economico, sociale o personale che provano l'invalidità degli obiettivi perseguiti o dei processi attuati per raggiungerli; queste informazioni possono essere rappresentate anche solo da sintomi da cui si parte per compiere lavori di diagnosi sui problemi esistenti. Tali problematiche sono generalmente portate alla luce dal *top management* aziendale o dai consulenti esterni, che possono agire da catalizzatori del cambiamento stimolando il dibattito e mettendo in dubbio le assunzioni di base dell'organizzazione. Questo rito permette la diffusione di un «senso di colpa» dovuto all'incapacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, da cui emerge la consapevolezza in ogni membro dell'organizzazione di dover realizzare il cambiamento per evitare il declino della stessa. Tuttavia, per la piena accettazione del cambiamento è necessaria



una preconditione: solo se l'individuo sente di poter conservare la propria identità, integrità e importanza all'interno del gruppo durante il processo di cambiamento, allora lo accetterà e andrà a demolire le routine consolidate al fine di apprendere nuovi comportamenti.

Il secondo rito prevede la «razionalizzazione e la legittimazione del significato del cambiamento proposto» (*rationalisation and legitimation*), che miri a definire e riportare chiaramente anche le ragioni in base alle quali si rende necessario modificare il comportamento organizzativo. Tale rito inizia, generalmente, a livello del *senior management* e successivamente è diffuso all'interno di tutta l'organizzazione.

La seconda fase, *change*, è rappresentata dalla ristrutturazione cognitiva che porta al cambiamento attraverso la sostituzione dei vecchi comportamenti. La principale criticità di questa fase risiede nel fatto che i nuovi comportamenti, non dichiarati nello stato precedente, andranno individuati e presentati. Anche questa fase di cambiamento si fonda su due riti.

Il «rito della degradazione e del conflitto» (*degradation and conflict*) costituisce un attacco al vecchio ordine costituito. Questa situazione può portare a cercare dei conflitti deliberati, per esempio tramite la costituzione di una *task force* per superare l'opposizione al cambiamento oppure attraverso l'introduzione di nuovi obiettivi, *target* di riferimento e indicatori di performance. Ciò è necessario per legittimare il nuovo ordine, introducendo nuovi obiettivi e valori al fine di erodere quelli appartenenti al vecchio ordine.

Il «rito del passaggio e della celebrazione» (*passage and enhancement*) è disegnato per instillare un senso di identificazione e appartenenza al nuovo ordine. Tutto ciò può aiutare a ridurre le resistenze al cambiamento e allargare il supporto al nuovo stato. La formazione ha un ruolo rilevante in questo, insieme alle promozioni e ai ruoli lavorativi creati *ex novo* per riflettere il nuovo ordine.

Infine, il *refreezing* (il «ricongelamento») è lo stato finale di ogni processo di cambiamento in cui il nuovo *set* di comportamenti e di assunzioni cognitive necessita di essere istituzionalizzato. In questa

fase, i membri dell'organizzazione sono coinvolti nel ridefinire il ruolo e le funzioni richieste dal nuovo ordine e devono imparare a lavorare in modo efficiente con i nuovi gruppi di colleghi. I riti associati a questa fase hanno lo scopo di «supportare l'integrazione e la riduzione dei conflitti» (*rites of integration and conflict reduction*). Questi riti inducono una coerenza culturale di fondo dell'azienda e riducono i conflitti e le rivalità tra gruppi e dipartimenti: l'elogio dei manager, nuovi corsi di formazione, rituali di gruppo, ecc., contribuiscono a tali scopi.

Realizzare il *refreezing* implica integrare il cambiamento sia nella personalità degli individui, sia nelle relazioni-chiave tra essi, portando all'attenzione dei membri dell'organizzazione gli *outcome* positivi derivanti dal processo. In questo modo è possibile ricostituire un nuovo «comfort bunker» per i membri dell'organizzazione sulla base dei nuovi comportamenti, raggiungendo così lo scopo di routinizzarli.

Solo se gli agenti del cambiamento pongono attenzione particolare alla fase di «ricongelamento» potranno arrivare a modificare effettivamente i comportamenti dell'organizzazione, evitando di incorrere nella «resilienza» al cambiamento dei membri dell'azienda. È proprio durante questa fase, infatti, che i nuovi valori culturali diventano sempre più scontati fino a trasformarsi in assunti di base.

Infine, un'ultima riflessione riguarda la gestione del cambiamento nei confronti delle sotto-culture, in particolare tra istanze professionali e manageriali.<sup>10</sup> Child e Faulkner (1998), come riportato da Davies *et al.* (2000), hanno sviluppato un'utile tassonomia per classificare i vari approcci per la gestione della diversità culturale all'interno di un'organizzazione:

1. Ricerca delle sinergie (*synergy*): in questo caso si ricerca un'integrazione culturale allo scopo di raggiungere il miglior bilanciamento possibile tra le diverse sotto-culture. Secondo questo approccio i migliori elementi delle sotto-culture sono combinati in modo da raggiungere un risultato migliore che la semplice somma delle diverse parti (per esempio, la combinazione di caratteristiche e approcci manageriali e

clinici richiesti al ruolo del direttore di dipartimento).

2. *Dominazione (domination)*: in tale approccio si riconosce che l'integrazione delle sotto-culture non è possibile e si accetta il diritto alla dominazione di un gruppo culturale sull'altro (per esempio, in alcuni casi, il ruolo dei clinici è dominante rispetto alle altre professioni e agli stessi manager).

3. *Segregazione (segregation)*: si basa sulla ricerca di un accettabile bilanciamento basato non sull'integrazione ma sulla separazione tra culture (per esempio, questo è il caso di alcune alleanze interprofessionali tra medici e altre professioni sanitarie che, tuttavia, continuano a mantenere una forte separazione nei ruoli e nei compiti).

4. *Rottura (breakdown)*: avviene quando una delle parti ricerca la dominazione, l'integrazione o la segregazione, ma fallisce in ciascuna di queste politiche.

La disamina di questi modelli di cambiamento culturale porta a dire che quest'ultimo non è mai semplice e senza costi, tuttavia sovente è necessario per la sopravvivenza stessa dell'azienda, essendo esposta a modificazioni dell'ambiente esterno che richiedono un adeguamento da parte dei meccanismi di integrazione interni. Ciò è soprattutto vero per le aziende sanitarie che sono caratterizzate da un ambiente esterno molto dinamico e, all'interno, dalla complessità di essere un'organizzazione professionale. Tuttavia, il cambiamento culturale è particolarmente importante non solo per evitare il fallimento dell'organizzazione, ma anche per spingere quest'ultima verso il conseguimento di determinati obiettivi e performance aziendali. E, in questo caso, i cambiamenti incrementali sembrano i più adatti allo scopo, nonché più efficaci se gestiti da un management capace. Se si assume, in accordo con la letteratura presentata, che tale cambiamento sia possibile, è importante chiedersi quali siano le caratteristiche e gli attributi culturali che possono facilitare il conseguimento degli obiettivi e il miglioramento di specifiche performance. Il cambiamento, quindi, dovrebbe aiutare l'azienda a modificare la propria cultura verso l'interiorizzazione delle caratteristiche necessarie al miglioramento della performance.

#### 4. Conclusioni e prospettive future per la ricerca

Durante la trattazione si è cercato di sottolineare la rilevanza del tema delle culture organizzative e, conseguentemente, degli effetti di questi elementi *soft* dell'assetto organizzativo sulla possibilità e la necessità di portare avanti processi di cambiamento nell'organizzazione. Da ultimo si intende portare a evidenza gli elementi principali che possono essere utili per impostare le future ricerche sul tema nel contesto delle aziende sanitarie italiane.

In Italia, come detto, il tema delle culture organizzative e del cambiamento culturale ha assunto una particolare rilevanza solo in anni recenti. Infatti, nonostante già negli anni ottanta vi fossero stati importanti contributi al filone internazionale sulle culture organizzative anche da parte di studiosi italiani come Gagliardi (1986), Gherardi e Mortara (1987) ponevano in primo piano alcune criticità di un utilizzo del concetto di cultura organizzativa nel contesto della pubblica amministrazione italiana. Tali difficoltà, secondo gli autori, erano di diversi ordini: in primo luogo «metodologiche», ossia di elaborazione di un metodo di analisi che consentisse la rilevazione delle culture organizzative; in secondo luogo «applicative», anche se si fossero superati i problemi metodologici e rigorose ricerche empiriche fossero riuscite a individuare i tratti peculiari della cultura dell'organizzazione, vi sarebbero stati rilevanti problemi di applicazione del cambiamento. Tra tali problematiche essi annoveravano le seguenti: i) l'adozione di tecniche di cambiamento culturale non efficaci (soprattutto nel breve periodo e se la cultura organizzativa non fosse stata in fase di disgregazione) o comunque non eticamente giustificabili dal solo obiettivo di aumentare la produttività; ii) l'efficace attuazione di azioni destinate al cambiamento culturale (per esempio, integrazione con altre culture) ma i cui effetti avrebbero potuto presentare risvolti non voluti e, in ultima analisi, disfunzionali (effetto «boomerang»).

Rispetto alla prima considerazione «metodologica» dei due autori, è necessario ricordare che essi scrivevano in un periodo in cui ancora si stavano sviluppando, soprattutto nel mondo anglosassone, i metodi di ricerca

per l'individuazione delle culture organizzative e si svolgevano le prime importanti ricerche empiriche (Quinn, Rohrbaugh, 1983; Cameron, 1985; Cameron, Freeman, 1991). Solo a partire dagli anni novanta i metodi di rilevazione della cultura organizzativa sono stati perfezionati da numerosi test empirici anche nel contesto pubblico e sanitario (Gerowitz *et al.*, 1996; Gerowitz, 1998; Scott *et al.*, 2003b; Mannion *et al.*, 2005; Davies *et al.*, 2007), analisi che, oltretutto, hanno riportato chiare evidenze sulla correlazione tra cultura e performance aziendali. Questi studi sono partiti dalla consapevolezza che le politiche pubbliche volte al cambiamento solo dal punto di vista strutturale sono destinate a fallire se non si agisce nel contempo sui tratti culturali delle organizzazioni sanitarie.

A seguito dell'intensificarsi delle ricerche internazionali sul tema, gli ultimi cinque anni hanno visto il sorgere di un nuovo interesse degli studiosi italiani verso le culture organizzative (Favotto, 2007; Fiore, 2007). Ciò è avvenuto in corrispondenza con la maggiore consapevolezza del carattere professionale delle organizzazioni sanitarie in Italia (Lega, 2008), in quanto si è ridotta la tradizionale connotazione burocratica, e in parallelo all'avanzamento delle istanze manageriali che, d'altro canto, hanno aumentato l'enfasi verso il miglioramento delle complessive performance aziendali.

Dunque, i metodi per l'analisi delle culture organizzative non sembrano essere più un problema rilevante poiché la letteratura internazionale ha lungamente ed efficacemente testato una serie di strumenti che possono essere ripresi per analizzare le aziende sanitarie italiane (Gerowitz *et al.*, 1996; Gerowitz, 1998; Mannion *et al.*, 2005; Davies *et al.*, 2007; Fiore, 2008 e 2009).

Inoltre, come evidenziato durante la trattazione, lo scopo conoscitivo di studi che analizzino e individuino le culture organizzative delle aziende sanitarie italiane è rilevante non solo in sé ma anche come prerequisito fondamentale per l'attuazione di mirate ed efficaci azioni di cambiamento culturale che superino le difficoltà «applicative» e, da ultimo, incidano sul miglioramento delle performance aziendali.

Pertanto, l'obiettivo di indagare i tratti salienti della cultura organizzativa delle aziende sanitarie appare di estremo interesse non

solo per gli studiosi di management e i formatori ma anche per i manager delle aziende sanitarie e i soggetti istituzionali di riferimento (in particolare le Regioni), che possono trovare nelle evidenze empiriche una mappa che permetta di orientare le decisioni strategiche sul cambiamento organizzativo e culturale delle aziende sanitarie.

Particolarmente interessante è l'analisi delle culture organizzative del *senior management* aziendale (nella realtà delle aziende sanitarie italiane si tratta del vertice strategico e del *middle management*,<sup>11</sup> ossia direttori di dipartimento e di distretto), perché composto da coloro che, da un lato, dovrebbero definire con il vertice aziendale le strategie di sviluppo dell'azienda sanitaria, dall'altro, diventano la «cinghia di trasmissione» per la diffusione delle strategie aziendali presso il nucleo operativo (direttori di struttura complessa e semplice). I membri del *senior management*, quindi, influenzano in modo rilevante il comportamento delle persone che lavorano all'interno dell'azienda sanitaria. Inoltre, essi garantiscono una visione complessiva della cultura organizzativa poiché il vertice e la linea intermedia hanno una prospettiva di una certa ampiezza sul funzionamento dell'azienda ma, nel caso dei direttori di dipartimento e distretto, rimangono pur sempre a contatto con il nucleo operativo.

Una conoscenza più approfondita delle caratteristiche culturali dell'organizzazione – espresse dalla visione del *senior management* – permette di comprendere quali ne siano i punti di forza e i punti di debolezza: sui primi si dovrà puntare per promuovere efficacemente i processi di cambiamento aziendali, sui secondi si dovrà intervenire anche con specifici percorsi di formazione e accompagnamento, interventi di *training* e *coaching* o altre tipologie di soluzioni che vadano a incidere sulle resistenze al cambiamento.

L'analisi delle culture del *senior management* delle aziende sanitarie pubbliche appartenenti ad alcuni Ssr (e la correlazione di queste con le performance aziendali) sono indagini empiriche che un *team* di ricerca, del quale chi scrive fa parte, sta attualmente conducendo e che saranno oggetto di prossime pubblicazioni al fine di favorire il dibattito scientifico e manageriale sul tema delle culture organizzative e del cambiamento.

## Note

1. In ogni caso, anche se le organizzazioni fossero semplici entità culturali, il loro studio potrebbe comunque essere rilevante per comprendere come si svolgono i processi organizzativi e sociali, tuttavia non offrirebbe spunti rilevanti per elaborare *framework* e soluzioni pratiche per gestire la cultura organizzativa al fine di favorire il cambiamento.
2. Il *beliefs system* viene generalmente tradotto come sistema dei «valori» o dei «credo», mentre il *boundaries system* viene definito nella lingua italiana come sistema di «limite» o dei «confini» (Simons, 1995; Simons, 2000).
3. Si pensi, per esempio, a quei professionisti medici che decidono di non utilizzare alcune tecniche terapeutiche per questioni di carattere religioso come i ginecologi «obiettori di coscienza» o che si rifiutano di effettuare tecniche di fecondazione assistita; oppure, dall'altro lato, a quei medici che si battono per il «testamento biologico» e per la libertà di scelta del singolo paziente sulla decisione di non prolungare le terapie mediche in casi come lo stato vegetativo persistente. Si tenga presente che le regole imposte dall'esterno (ad es. la normativa di riferimento), possono bloccare le manifestazioni esplicite di questi comportamenti – per esempio, impedendo di «staccare la spina» ai pazienti per non incorrere in sanzioni penali – ma non possono soffocare i valori di cui sono portatori i medici e che si manifestano con iniziative intellettuali a favore della libertà scientifica e di protesta verso tali normative.
4. Per esempio, si pensi alla costituzione di un dipartimento di medicina di grandi dimensioni all'interno di un importante ospedale: l'attribuzione dell'incarico di direttore di dipartimento scatenerà dei meccanismi di difesa da parte di tutti i direttori di struttura complessa del dipartimento (che magari fanno capo a diverse specialità come medicina interna, geriatria, cardiologia, pneumologia), i quali potrebbero arrivare a chiedere una scissione dal dipartimento stesso per formarne uno corrispondente alla loro specialità.
5. Nel panorama delle aziende sanitarie, il meccanismo di *spoils system* delle direzioni generali ha condotto talune volte al cambiamento radicale del vertice strategico aziendale (ad es. come in Sardegna dopo le elezioni regionali del 2005, che hanno portato alla nomina del DG della più importante Asl regionale, ossia l'Asl di Cagliari, di un professionista proveniente da un'altra realtà) mentre altre volte il cambiamento si registra tra gli stessi professionisti che hanno rivestito già il ruolo di vertice strategico nel Ssr (ad es. è il caso dell'Emilia Romagna, della Toscana e della Lombardia, in cui vi è una rotazione di DG all'interno della stessa Regione). Nel primo caso si potrebbe parlare di cambiamento tramite *person-chief* provenienti dall'esterno, mentre nel secondo caso di cambiamento tramite «ibridi».
6. In questa prospettiva, come ricordano Lega e Prenestini (2009), l'analisi delle aziende sanitarie che registrano le migliori performance, nella gestione corrente come nel cambiamento, mette quindi in evidenza una chiara correlazione con due caratteristiche organizzative (Collins, 2001): la presenza di una funzione di *operations management* (responsabilità di gestione operativa) e un'organizzazione stabile di funzionamento per *project management*, cioè una chiara attribuzione di responsabilità su procedure, processi o progetti complessi, anche attraverso la costruzione di una «struttura parallela» fatta di gruppi di progetto responsabilizzati sull'affrontare problemi trasversali.
7. Nel caso delle aziende sanitarie, una delle rivoluzioni culturali più importanti è da attribuire alle *Information and Communication Technologies*, ossia all'introduzione di strumenti quali, per esempio, la cartella clinica elettronica o i Ris-Pacs per la trasmissione delle immagini diagnostiche, che hanno condotto a forti resistenze da parte dei medici più tradizionalisti per via del cambiamento delle loro routine consolidate. Ad es. la perdita delle vecchie e tradizionali «lastre» da appoggiare alla parete luminosa, in favore di immagini diagnostiche ad alta definizione da analizzare tramite terminale video del computer, ha condotto a forti resistenze di categorie di professionisti come, in particolare, gli ortopedici e gli oncologi. Tali opposizioni sono state superate nel tempo e con una revisione dei principi di fondo che generavano il comportamento di tali gruppi di medici.
8. Si pensi, per esempio, ad alcuni «scandali» giudiziari che hanno visto coinvolti professionisti che, nell'esercizio delle proprie funzioni, non si attenevano ai principi del giuramento di Ippocrate ma solo a valutazioni particolaristiche e di carattere economico (ad es. effettuando operazioni chirurgiche non appropriate e non necessarie, se non addirittura lesive dell'integrità fisica della persona, allo scopo di ottenere un maggiore rimborso per prestazione). La risposta della società civile ha condotto, sovente, alla necessità di modificare totalmente alcuni principi che, si presume inconsciamente, guidavano determinate aziende: ad es. l'enfasi data dai manager al fine del profitto e della maggiore produttività nelle case di cura private accreditate *for profit* poteva aver condotto a comportamenti, guidati da assunti inconsci, alla ricerca di più elevati guadagni senza alcuno scrupolo di carattere professionale.
9. È quanto accaduto dopo la fusione dell'Ausl di Bologna durante il triennio 2004-2007: la nuova direzione strategica aziendale ha innestato il processo di cambiamento sulla costituzione di un *team* di *top manager* (direttori di dipartimento e distretto) adeguato a diffondere il cambiamento anche nelle seconde file. Tutte le attività erano volte a costruire un nuovo senso di appartenenza alla nuova azienda e, in ultima istanza, l'integrazione tra le diverse sub-culture corrispondenti alle tre organizzazioni precedenti.
10. Per una discussione approfondita del tema del rapporto tra professionalismo e managerialismo nelle aziende sanitarie si rimanda a De Pietro e Prenestini (2008) e Lega e Prenestini (2009).
11. Si tratta della composizione del Collegio di direzione delle aziende sanitarie pubbliche.

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

- ARGYRIS C., SCHON D.A. (1978), *Organisation learning, Reading*, Addison, Wesley, Ma. (Trad. it. (1998), *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*, Guerini e Associati, Milano).
- BEYER J., TRICE H. (1988), «The communication of power relations in organizations through cultural rites», in M. Jones, M. Moore, R. Sayder (a cura di), *Inside organizations: understanding the human dimension*, Sage, Newbury Park.
- BODEGA D. (1988), «La cultura organizzativa», *Sviluppo e Organizzazione*, 106, pp. 21.
- BRAITHWAITE J., GREENFIELD D., WESTBROOK M.T. (2010), «Converging and diverging concepts in culture and climate research: culture o climate?», in J. Braithwaite, P. Hyde, C. Pope (a cura di), *Culture and climate in health care organizations*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- BROWN A. (1995), *Organisational culture*, Pitman, London.
- CAMERON K.S. (1985), «Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness», *Working Paper n. 401b*, Graduate School of Business Administration, University of Michigan.
- CAMERON K.S., FREEMAN S.J. (1991), «Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness», *Research in Organizational Change and Development*, 5, pp. 23-58.
- CELLI P.L. (1989), «Cultura organizzativa e fascino ambiguo della misura», *Sviluppo e Organizzazione*, 111, pp. 103-111.
- CHILD J., FAULKNER D. (1998), *Strategies of cooperation: managing alliances, networks, and joint ventures*, Oxford University Press, Oxford.
- CYERT R., MARCH J. (1963), *A behavioural theory of the firm*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York.
- COLLINS J. (2001), *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap... and Others Don't*, Harper Business, New York.
- DAVIES H.T.O., NUTLEY S. M., MANNION R. (2000), «Organisational culture and quality of health care», *Quality in Health Care*, 9, pp. 111-119.
- DAVIES H.T.O., MANNION R., JACOBS A., POWELL A.E., MARSHALL M.N. (2007), «Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance», *Medical Care Research and Review*, 1(64), pp. 46-65.
- DEAL T.E., KENNEDY A.A. (1982), *Corporate cultures*, Addison- Wesley Reading, Ma.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- DE PIETRO C., PRENESTINI A. (2008), «Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- FAVOTTO A. (2007), «Cultura aziendale e modelli di controllo strategico: un'analisi critica», *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, novembre-dicembre (107), pp. 695-708.
- FIORE B. (2007), «Cultura e clima organizzativo: teorie a confronto e necessità di sintesi», *Sociologia e ricerca sociale*, 82, pp. 85-105.
- FIORE B. (2008), «L'intangibile in sanità: cultura, clima organizzativo e performance», *Mecosan*, 65, pp. 7-32.
- FIORE B. (2009), «Le organizzazioni come culture: metodi, tecniche di analisi e applicazioni per il settore sanitario», *Mecosan*, 69, pp. 39-61.
- GAGLIARDI P. (1986a), «The creation and change of organizational cultures: a conceptual framework», *Organization Studies*, 7(2), pp. 117-134, (Trad. it. (1986a) «Creazione e cambiamento delle culture organizzative: uno schema concettuale di riferimento», in Gagliardi P., *Le imprese come culture*, Isedi - Petrini editore, Torino).
- GAGLIARDI P. (a cura di) (1986), *Le imprese come culture*, Isedi - Petrini editore, Torino.
- GEROWITZ M.B. (1998), «Do TQM interventions change management culture? Findings and implications», *Quality Management in Health Care*, 6(3), pp. 1-11.
- GEROWITZ M.B., LEMIEUX-CHARLES L., HEGINBOTHAN C., JOHNSON B. (1996), «Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals», *Health Services Management Research*, 9, pp. 69-78.
- GHERARDI S., MORTARA V. (1987), «Può il concetto di cultura organizzativa contribuire allo studio della pubblica amministrazione ed al suo mutamento?», *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, 1, pp. 39-58.
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: segnali dal campo su come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica ed organizzativa», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Egea, Milano.
- LEGA F., PRENESTINI A. (2009), «Medico-Manager, medico e manager o management del medico?», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- LEVITT B., MARCH G.J. (1988), «Organizational Learning», *Annual Review of Sociology*, 14, pp. 319-340.
- LEWIN K. (1952), *Field theory in social science*, Tavistock, London.
- MANNION R., DAVIES H.T.O., MARSHALL M.N. (2003), *Cultures for performances in health care: evidence on the relationships between organizational culture and organizational performance in the NHS*, University of York, York.
- MANNION R., DAVIES H.T.O., MARSHALL M.N. (2005), *Cultures for performance in health care*, Open University Press, Milton Keynes.
- MANNION et al. (2008), *Changing cultures, relationship, and performance in Local Healthcare Economies (OC2)*, Research report for NCCSDO.

- MARTIN J. (2002), *Organizational Culture: mapping the terrain*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- NEWMAN J. (1996), *Shaping organisational culture in local government*, Pitman, London.
- OUCHI W.G. (1981), *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Addison Wesley, Reading, Mass.
- OUCHI W.G., WILKINS A.L. (1985), «Organizational culture», *Annual Review of Sociology*, 11, pp. 457-483.
- PETERS T., WATERMAN R. (1982), *In search of excellence: lessons from America's best run companies*, Harper & Rowe, New York.
- PETTIGREW A.M. (1979), «On studying organizational cultures», *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 570-581.
- PRENESTINI A. (2008), «Il controllo strategico nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 68, pp. 65-82.
- QUINN J. (1978), «Strategic change, logical incrementalism», *Sloan Management Review*, 20, pp. 7-21.
- QUINN R.E., ROHRBAUGH J. (1983), «A spatial model of effectiveness criteria: toward a competing values approach to organizational analysis», *Management Science*, 3, pp. 363-377.
- ROBBINS S.P. (1996), *Organizational behavior: concepts, controversies and applications*, 7th edition, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York.
- ROMEI P. (1988), «La scuola italiana: cultura organizzativa e prospettive di cambiamento», *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, 4, p. 105.
- SCOTT T., MANNION R., DAVIES H.T.O., MARSHALL M.N. (2003a), «Implementing culture change in health care: theory and practice», *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), pp. 111-118.
- SCOTT T., MANNION R., MARSHALL M.N., DAVIES H.T.O. (2003b), «Does organisational culture influence health care performance? A review on the evidence», *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(2), pp. 105-117.
- SELZNICK P. (1957), *Leadership in administration: a sociological interpretation*, Harper & Rowe, New York.
- SCHEIN E.H. (1964), «The mechanism of change», in W. Bennis *et al.* (a cura di), *Interpersonal dynamics*, Dorsey Press, Homewood.
- SCHEIN E.H. (1981), «Does Japanese management style have a message for American managers?», *Sloan Management Review*, 23, pp. 55-68.
- SCHEIN E.H. (1983), «The role of the founder in creating organizational culture», *Organizational Dynamics*, Estate 1983.
- SCHEIN E.H. (1984a), «Cultura organizzativa e processi di cambiamento aziendali», *Sviluppo e Organizzazione*, 84, pp. 21-35.
- SCHEIN E.H. (1984b), «Coming to a new awareness of organizational culture», *Sloan Management Review*, 25(4), pp. 3-16 (Trad. it., 1986, «Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa», in P. Gagliardi, *Le imprese come culture*, Isedi - Petrini editore, Torino).
- SCHEIN E.H. (1985a), «How culture forms, develops and changes», in R. Kilmann, M. Saxton, R. Serpa *et al.* (a cura di), *Gaining control of organizational culture*, Jossey-Bass, San Francisco.
- SCHEIN E.H. (1985b), *Organizational culture and leadership*, Jossey-Bass, San Francisco (Trad. it., 1990, *Cultura d'azienda e leadership*, Guerini e associati, Milano).
- SIMONS R. (1995), *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control System to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School Press, Boston (traduzione italiana, 1996, *Leve di controllo: i nuovi sistemi per guidare le imprese*, Franco Angeli, Milano).
- SIMONS R. (2000), *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice Hall Inc, New Jersey (traduzione italiana, 2004, a cura di Amigoni F., *Sistemi di controllo e misure di performance*, Egea, Milano).
- WEICK K. (1979), *The social psychology of organizing*, 2nd edition, Addison-Wesley, Reading Ma.
- WENGER E. (1998), *Communities of Practice - Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press, New York.
- WILLIAMS R. (1983), *Keywords: a vocabulary of culture and society*, Oxford University Press, New York.

# Governo dei costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione

FRANCESCA LECCI, MARCO MORELLI

*Management control systems have traditionally been considered as key drivers of managerialism and innovation in healthcare organizations. The main objective of this paper is to analyze the relationship between management accounting change (i.e., cost management initiatives) and organizational change. In that respect, the article analyzes a case study through the lens of a neoinstitutional framework. Our findings show that cost management systems cannot be considered only as technical mechanisms. In fact, an effective implementation of cost management initiatives requires the comprehension of the complex relationships between competitive and institutional variables and intra-organizational dynamics. Moreover, another success driver is represented by integration processes involving all key actors.*

Keywords: cost management, management accounting change, neoinstitutional perspective

Parole chiave: governo dei costi, cambiamento nei sistemi di controllo, neoinstituzionalismo

#### Note sugli autori

Francesca Lecci è professor SDA Bocconi e ricercatore a contratto, CERGAS Bocconi, francesca.lecci@unibocconi.it

Marco Morelli è professor SDA Bocconi

#### Attribuzione

Sebbene l'articolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 1, 4.1, 4.3 e 6 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, mentre i §§ 2, 3, 4.2 e 5 sono da attribuirsi a Marco Morelli

## 1. Inquadramento del tema e rilevanza nell'attuale dibattito

I sistemi di programmazione e controllo sono stati tradizionalmente interpretati come uno dei principali veicoli di aziendalizzazione nel settore sanitario (Casati, 2000; Anessi Pessina, Pinelli, 2002; Lecci, Longo, 2004). A venti anni, ormai, dall'avvio formale del processo di managerializzazione delle aziende del Ssn, i sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie sono stati prevalentemente indagati con riferimento alle loro caratteristiche generali, agli strumenti maggiormente adottati e alla capacità di questi ultimi di indurre un cambiamento culturale nelle aziende sanitarie (Lecci, Vendramini, 2011). Per contro, poco spazio hanno trovato contributi volti a indagare come cambiano i sistemi di programmazione e controllo e, nello specifico, quale legame esiste tra cambiamenti a livello aziendale e modificazioni nelle logiche di funzionamento o negli strumenti di programmazione e controllo. La necessità di approfondire tale legame è tanto più critica quanto più si riflette sul fatto che i due oggetti in questione – assetto organizzativo/istituzionale aziendale e sistemi di programmazione e controllo – si caratterizzano per un costante dinamismo. Da un lato, le aziende sanitarie, in maniera più consistente nel corso dell'ultimo decennio, sono state interessate da profondi processi di cambiamento: infatti, sono state registrate numerose iniziative di ingegneria istituzionale (Del Vecchio, 2003; 2008), che hanno modificato i confini di azione e le prerogative delle aziende stesse, e si sono sviluppati interventi di revisione profonda dei processi interni di funzionamento aziendale

## SOMMARIO

1. Inquadramento del tema e rilevanza nell'attuale dibattito
2. *Review* della letteratura
3. Domanda di ricerca e metodologia
4. Analisi del caso
5. *Discussion*
6. Conclusioni

(adozione di PDTA, adozione di modelli per intensità di cura, processi di integrazione tra ricerca e assistenza, implementazione di logiche di governo clinico, ecc.). Dall'altro lato, si è manifestata in maniera dirompente la necessità di pervenire a un soddisfacente equilibrio economico-finanziario complessivo: in presenza di vincoli sui tassi di crescita della spesa sanitaria e, di conseguenza, sulla possibilità per le aziende di agire in maniera significativa sulle componenti positive di reddito, i sistemi di programmazione e controllo sono stati sempre più chiamati a stimolare una maggiore attenzione al governo dei costi (Bergamaschi *et al.*, 2010). Le due dinamiche commentate, peraltro, appaiono fortemente collegate da un doppio filo: i cambiamenti aziendali sono spesso un tentativo di risposta alla necessità di conseguire l'equilibrio economico-finanziario (Ferrè *et al.*, 2011); i sistemi di governo dei costi, a loro volta, risentono del dinamismo delle aziende stesse. Il presente contributo si pone l'obiettivo di indagare proprio quest'ultimo legame, al fine di comprendere come evolvono i sistemi di programmazione e controllo in generale, e di governo dei costi in particolare, in corrispondenza di processi di cambiamento aziendale.

A tal fine, il § 2 presenta il quadro concettuale di riferimento sul tema del cambiamento nei sistemi di programmazione e controllo e a livello aziendale; il § 3 espone la domanda di ricerca e presenta il metodo di analisi; il § 4 presenta un caso specifico e il § 5 discute lo stesso alla luce del *framework* descritto nel § 2 e trae le principali conclusioni.

## 2. Review della letteratura

I sistemi di governo dei costi sono stati tradizionalmente indagati secondo quella che Abrahamson (1991) chiama *efficient-choice perspective*, ovvero in base al presupposto che le innovazioni siano sempre vantaggiose per le organizzazioni; queste, infatti, nell'ambito di tale paradigma, sono considerate in grado di identificare in maniera razionale i propri obiettivi e di selezionare le innovazioni capaci di massimizzare l'efficienza aziendale. In tale prospettiva, il tema del governo dei costi è stato spesso affrontato con riferimento alla sua dimensione prettamente tecnica, che implica l'analisi degli strumenti più

adatti a rispondere ai cambiamenti che caratterizzano l'azienda o l'ambiente nel quale la stessa è inserita (Bergamaschi *et al.*, 2011). Tale approccio, peraltro, caratterizza non solo la letteratura di settore, bensì la riflessione accademica più generale sui sistemi di *cost management* (CM) (Songini, 2004). Il limite insito in tale ottica è dato dal fatto che si tratta di una logica meramente deterministica. Un primo tentativo di superare tale limite è offerto dalla prospettiva *contingency* (Chenhall, 2003), che però, nonostante parta dal presupposto che non esistano configurazioni organizzative e dei meccanismi operativi ideali, finisce anch'essa per essere contaminata da un approccio «ottimizzante», secondo il quale a determinate variabili di contesto corrisponderebbe l'adozione di specifiche soluzioni organizzative e metodologiche. Questo approccio, pertanto, non è in grado di spiegare perché nella realtà si assista all'adozione di soluzioni «subottimali» o al fallimento dell'adozione delle stesse. Questo fenomeno caratterizza anche le aziende sanitarie, che hanno mostrato la propensione alla ricerca e all'adozione di strumenti che fossero potenzialmente in grado di rispondere alle esigenze poste dal contesto competitivo di settore: tale inclinazione si è tradotta in un inseguimento quasi schizofrenico dello strumento più «alla moda» (dal *budget* alla *balanced scorecard*, dai sistemi di contabilità analitica tradizionale a quelli *activity-based*), che, tuttavia, una volta introdotto in azienda, veniva riletto in logica prevalentemente burocratica, mostrando un sostanziale scollamento tra obiettivi di gestione e finalismi aziendali, un orientamento al breve periodo e logiche decisionali di tipo meramente incrementale (Bergamaschi, Lecci, 2008). Risulta, pertanto, necessario passare da una logica di analisi del cambiamento nei sistemi di controllo come *output* (quali strumenti vengono implementati) a una logica che rilegga tale cambiamento nella sua dimensione di processo (Burns, 2000).

Così declinato, il tema di indagine si innesta nel macro filone di studi che si rifà all'applicazione dell'*institutional theory* allo studio dei processi di cambiamento nei sistemi di controllo. Nell'ambito degli studi *institutional*, è possibile identificare due prospettive di ricerca: la *Old Institutional Economics* (OIE) e la *New Institutional Economics/So-*



ciology (NIE/NIS). Mentre la prima analizza le dinamiche organizzative interne all'organizzazione attraverso un *focus* sulle variabili istituzionali (potere, aspetti politici) e sociali di tipo strutturale (norme, regole, procedure, valori) (Scapens, 1994; Burns, 2000; Burns, Scapens, 2000; Burns, Vaivio, 2001; Granlund, 2001; Kasurinen, 2002; Soin *et al.*, 2002; Johansson, Siverbo, 2009; Ma, Tayles, 2009), la seconda focalizza la propria attenzione su macro-istituzioni e spiega i cambiamenti organizzativi riscontrati all'interno delle aziende come il risultato di fenomeni di isomorfismo (di tipo mimetico, coercitivo e normativo) che caratterizzano le organizzazioni che appartengono a un medesimo *organizational field* (Di Maggio, Powell, 1983, 1991; Greenwood, Hinings, 1996; Ma, Tayles, 2009).

Nell'ambito delle aziende pubbliche, l'approccio più utilizzato è quello proprio della NIS, che si caratterizza per la seguente tesi (Di Maggio, Powell, 1983, 1991): i processi di cambiamento sono caratterizzati da un paradosso, poiché le organizzazioni riconducibili a un medesimo settore tendono a evolvere con l'obiettivo di assumere caratteristiche simili (isomorfismo). In tale ottica, i cambiamenti implementati dalle aziende non risponderebbero a criteri di efficienza e miglioramento delle performance, bensì a dinamiche di isomorfismo. Di Maggio e Powell (1983, 1991) individuano tre processi attraverso i quali si realizza l'isomorfismo: coercitivo, mimetico e normativo. L'isomorfismo coercitivo è determinato dalle pressioni esercitate sulle organizzazioni dalle istituzioni dalle quali dipendono: un esempio è rappresentato dai frequenti interventi legislativi cui sono sottoposte le aziende sanitarie. A questo proposito, peraltro, appare utile ricordare come la stessa esistenza dei sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie sia frutto di uno specifico intervento legislativo (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93 e ss.mm.ii.). L'isomorfismo mimetico, invece, deriva dalla tendenza delle aziende, soprattutto in situazioni di incertezza, ad adottare soluzioni organizzative già sperimentate da altri attori appartenenti al medesimo settore. Con riferimento alle aziende sanitarie, si pensi, per esempio, alla rapida diffusione di «mode manageriali» come la *balanced scorecard* (Baraldi, 2000) o i sistemi di misurazione

multidimensionale della performance. L'isomorfismo normativo, infine, deriva principalmente dalle pressioni esercitate dagli organismi di rappresentanza delle categorie professionali, che definiscono indicazioni sui metodi di lavoro più efficaci. Mentre, infatti, esistono rilevanti differenze tra le diverse categorie professionali all'interno di un'organizzazione, queste presentano forti affinità con le loro controparti delle altre organizzazioni. L'isomorfismo normativo si manifesta attraverso l'impatto della formazione universitaria e la creazione di *network* professionali, fenomeno particolarmente rilevante nelle aziende sanitarie: un esempio è rappresentato dalla scelta di molte società scientifiche di promuovere propri strumenti di controllo aziendale (Lecci, Lega, 2011), al fine di meglio rappresentare la propria autonomia professionale. In sintesi, la NIS analizza le organizzazioni nell'ambito del loro contesto di riferimento. In particolare, questo approccio mette in evidenza come esistano macroistituzioni che definiscono quali sono i *templates for organizing* ritenuti più razionali nell'ambito di un determinato contesto. Gli autori che adottano l'approccio NIS per analizzare i processi di *management accounting change* cercano di comprendere in che misura le macroistituzioni influenzino l'evoluzione dei sistemi di controllo, ipotizzando che la selezione delle logiche di CM non sia governata esclusivamente da considerazioni di carattere prettamente tecnico, ma anche da processi culturali e politici legati ai concetti di potere e legittimazione (Granlund, 2001; Jarvinen, 2006; Modell, 2002, 2009; Bogt, 2008; Hyvonen *et al.* 2009). Il limite riconosciuto a tale approccio, tuttavia, risiede nel fatto che focalizza la propria attenzione esclusivamente sulle dinamiche relative alle macroistituzioni, trascurando le variabili organizzative interne. Proprio queste ultime, d'altro canto, rappresentano il *focus* delle teorie dell'OIE. Veblen (1898) viene universalmente riconosciuto come il padre fondatore della *Original (Old) Institutional Theory* (OIE), che, in opposizione alla teoria economica neoclassica, sostiene che l'agire economico non è governato dai principi di massimizzazione del profitto e ricerca dell'equilibrio economico, bensì dalle istituzioni sociali. Burns e Scapens (Scapens, 1994; Burns, Scapens, 2000) hanno introdotto queste idee nello studio

dei processi di cambiamento dei sistemi di controllo, andando ad analizzare, nello specifico, l'impatto delle variabili sociali di tipo strutturale e di alcune variabili istituzionali. I due autori, infatti, nell'elaborazione del loro *framework* di analisi, partono dal presupposto che i sistemi di controllo costituiscano parte delle routine e delle regole formali dell'organizzazione e, come tali, possano influenzare o essere influenzati dalle istituzioni che governano l'agire organizzativo dell'impresa. Tale *framework* si basa sulla contrapposizione tra istituzioni e azioni: sia la dimensione delle istituzioni sia quella delle azioni subiscono un continuo processo di cambiamento. Oltre alle istituzioni, gli altri due elementi chiave del modello sono rappresentati dalle routine e dalle regole. Le istituzioni vengono definite come «the shared taken-for-granted assumptions which identify categories of human actors and their appropriate activities and relationships» (Burns, Scapens, 2000, p. 8), mentre regole e routine vengono così definite: «rules comprise the formal management accounting systems, as they are set out in the procedure manuals; whereas routines are the accounting practices actually in use» (Burns, Scapens, 2000, p. 7). Mentre le regole e le routine sono legate al contesto storico nel quale vengono adottate, le istituzioni tendono a distaccarsene, caratterizzandosi per processi di cambiamento più lenti. L'applicazione di regole e routine può essere ostacolata da resistenze, soprattutto nei casi in cui esse mettono in discussione la validità dei valori condivisi dell'organizzazione e nelle situazioni in cui gli attori che si oppongono alla loro applicazione hanno sufficienti risorse in termini di potere. In assenza di fattori esterni come innovazioni tecnologiche o crisi economiche, regole e routine diventano tendenzialmente resistenti al cambiamento. In base a tale modello, appare evidente come il processo di *management accounting change* si caratterizzi come *path dependent*<sup>1</sup> poiché, sebbene l'adozione di una nuova logica di CM possa essere basata sui criteri di massimizzazione dell'efficienza ed efficacia aziendale, il risultato finale del processo di implementazione sarà influenzato dall'agire delle istituzioni e delle routine esistenti. Il limite di tale approccio è rappresentato dal fatto che tende a privilegiare esclusivamente le variabili interne all'organizzazione.

Alla luce dei limiti dei due modelli descritti, diversi autori (Greenwood, Hinings, 1996; Burns, Baldvinsdottir, 2005; Siti-Nabiha, Scapens, 2005; Scapens, 2006; Tsamenyi *et al.*, 2006; Cruz *et al.*, 2009; Ma, Tayles, 2009; Modell, 2009; Sharma *et al.*, 2010) mettono in evidenza come sia necessario integrare i contributi della NIS e della OIE, al fine di avere una comprensione completa dei processi di *management accounting change*. Il modello proposto da Greenwood e Hinings (1996) rappresenta un tentativo di integrare in un unico *framework* i contributi dei due approcci, OIE e NIS, prestando attenzione al legame tra contesto esterno e variabili organizzative interne nel determinare le modalità di svolgimento di processi di cambiamento dei sistemi di controllo, quali l'introduzione di nuove metodologie di CM. In particolare, l'analisi dell'ambiente istituzionale esterno viene svolta sulla base dei concetti della NIS: le pressioni competitive e istituzionali del contesto nel quale operano le organizzazioni spingono queste ultime a implementare strumenti di CM ritenuti, da un lato, utili ad affrontare le sfide del nuovo contesto competitivo e, dall'altro, funzionali a soddisfare esigenze di legittimazione. L'analisi delle dinamiche organizzative interne, invece, consente, adottando un approccio di tipo OIE, di analizzare come le singole aziende rispondono agli stimoli dell'ambiente esterno. In particolare, Greenwood e Hinings (1996) identificano, nello specifico, due macrocategorie di dinamiche interne: *change precipitators* e *change enablers*.<sup>2</sup> I principali *change precipitators* sono rappresentati dai diversi interessi dei gruppi di attori che operano all'interno delle organizzazioni e dai cosiddetti *value commitments*. Con riferimento al primo aspetto, Greenwood e Hinings (1996) sottolineano come esistano barriere tecniche e cognitive tra i diversi gruppi funzionali che operano all'interno di un'azienda, fattore che determina la presenza di diverse concezioni delle finalità dell'organizzazione e delle modalità in cui essa dovrebbe essere gestita. Una conseguenza di tale aspetto è rappresentata dal tentativo da parte dei diversi gruppi organizzativi di tradurre i propri interessi in un'allocazione favorevole delle risorse aziendali. Esiste, pertanto, un potenziale di cambiamento nel momento in cui alcuni gruppi sono insoddisfatti rispetto alle moda-

lità in cui i propri interessi sono rappresentati all'interno dell'attuale configurazione organizzativa. Tale insoddisfazione, tuttavia, da sola, non è in grado di innescare un processo di cambiamento. Essa, infatti, deve essere accompagnata dalla consapevolezza, da parte dei gruppi insoddisfatti, del legame tra l'attuale configurazione organizzativa e la propria posizione di svantaggio. Diventa, pertanto, critica, per spiegare la possibilità di cambiamento, la comprensione delle possibili configurazioni di *value commitment* all'interno di un'organizzazione.<sup>3</sup> Al fine di poter attivare un cambiamento nell'ambito dei sistemi di controllo aziendali, inoltre, è necessario che, accanto ai *change precipitators*, agiscano due forme di *change enablers*: *power* e *capacity for action*. Con riferimento al primo aspetto, Greenwood e Hinings (1996) sottolineano come, il cambiamento si realizzi solo quando un nuovo gruppo di attori aziendali acquisisce potere o quando l'implementazione del cambiamento stesso rappresenta un interesse dei gruppi che detengono il potere. Per *capacity for action*, invece, si intende il possesso e la mobilitazione, da parte dell'organizzazione, di risorse utili a condurre l'azienda verso l'adozione di nuovi meccanismi di controllo: più nello specifico, un efficace processo di cambiamento richiede la comprensione dell'obiettivo che si vuole raggiungere e la presenza delle competenze necessarie a condurre il processo nonché a gestire a regime i nuovi meccanismi operativi introdotti.

### 3. Domanda di ricerca e metodologia

Alla luce delle considerazioni svolte, l'articolo si pone l'obiettivo di dare risposta alla seguente domanda di ricerca: come si originano e si sviluppano i processi di cambiamento nei sistemi di CM in contesti sanitari caratterizzati da fenomeni di cambiamento?

In virtù delle riflessioni emerse nei paragrafi precedenti e al fine di supportare la predisposizione del protocollo di ricerca, la *research question* può essere operazionalizzata nei seguenti quesiti:

1) Nelle aziende sanitarie, come reagiscono i sistemi di CM in corrispondenza di dinamiche:

a) relative al quadro di settore e del contesto istituzionale esterno?

b) relative al contesto organizzativo e istituzionale interno?

2) Come possono i sistemi di CM essere proattivi nel generare cambiamento?

Pertanto, il presente contributo è riconducibile al filone delle *process theories* (Mohr, 1982), che si pongono l'obiettivo di descrivere i processi di cambiamento organizzativo in termini di sequenza di eventi che concorrono alla determinazione di un *output* (il cambiamento), al fine di individuare dei *pattern* negli eventi descritti. Infatti, l'obiettivo dell'articolo non è quello di scomporre i processi organizzativi in una serie di analisi *input-output*, bensì quello di indagare come si originano e si sviluppano processi di cambiamento nei sistemi di CM in contesti di cambiamento aziendale. Nell'ambito degli studi di cambiamento organizzativo, esiste ampio consenso sul fatto che l'approccio di tipo *processual*<sup>4</sup> e *contextualist*<sup>5</sup> proposto da Pettigrew (1990) può contribuire in maniera efficace a comprendere le dinamiche dei processi di cambiamento e lo stesso autore sottolinea come l'analisi di *longitudinal case studies* rappresenti la metodologia di ricerca più adatta a indagare in tale ottica i processi di cambiamento. Tale affermazione è, peraltro, coerente con il parere di autorevoli esponenti della teoria istituzionalista (Burns, Scapens, 2000; Johansson, Siverbo, 2009; Scapens, Jazayeri, 2003). La predilezione per l'utilizzo della metodologia dello studio di casi da parte dei ricercatori che adottano un approccio *institutional* è, inoltre, confortata dalle indicazioni contenute nei più significativi contributi in tema di *case study research*: infatti, sia Yin (1994) sia Eisenhardt (1989, 2007) mettono in evidenza come tale metodologia sia particolarmente appropriata per lavori di ricerca che si pongono come obiettivo quello di rispondere a domande di tipo *how* e *why*, come quella esplicitata nel presente contributo.

Nello specifico, si cercherà di dare risposta alla domanda di ricerca attraverso un approccio di tipo *embedded* (Yin, 1994), applicato a un singolo caso. Il caso in questione è stato selezionato in base al criterio della rilevanza pubblica (Fattore, 2005), in quanto l'A.O. oggetto di analisi è rilevante

per: dimensioni (1.156 posti-letto), livello di specializzazione (105 reparti, molti dei quali dedicati a prestazioni di alta specialità) e riconoscibilità (è centro di riferimento nazionale e regionale per la cura di una serie di patologie). Inoltre, rappresenta un caso «intenso» (Fattore, 2005), in quanto caratterizzato da rilevanti cambiamenti nel quadro istituzionale di riferimento e nelle dinamiche organizzative interne, nonché dall'avvio di significativi processi di innovazione nei sistemi di CM. La prima fase del processo di analisi del caso ha previsto lo svolgimento di una intervista semistrutturata con l'attore chiave nella gestione del processo di cambiamento analizzato, ovvero il Direttore del Dipartimento di Farmacia ospedaliera, al quale è stato richiesto di raccontare l'intervento oggetto di indagine secondo una prospettiva prettamente cronologica. A valle di questo primo contatto, è stato fissato un ulteriore incontro durante il quale è stata svolta un'intervista in profondità con riferimento ad alcune dimensioni di analisi, riconducibili agli elementi del *framework* di riferimento utilizzato. Le opinioni richieste riguardavano tre macrotematiche rilevanti: l'influenza dell'ambiente istituzionale e di settore esterno, le dinamiche organizzative interne e il ruolo della funzione Controllo in generale e degli strumenti di CM in particolare. Al fine di rappresentare opportunamente i molteplici punti di vista organizzativi, si è proceduto, successivamente, a intervistare almeno un esponente delle altre funzioni organizzative coinvolte nel processo. Più nello specifico, sono stati intervistati, oltre al Direttore della Farmacia ospedaliera, il *Project manager* delle iniziative di innovazione della Farmacia ospedaliera, un Farmacista clinico, il Responsabile dei flussi informativi della Farmacia ospedaliera, un *Controller*, un referente dell'Ufficio economato, un referente della Direzione sanitaria. Nella gestione delle informazioni raccolte tramite le interviste, sono state seguite alcune procedure suggerite, tra gli altri, da Eisenhardt (1989): tutte le interviste sono state registrate; è stata adottata la *24-hour rule*, in base alla quale tutte le interviste venivano trascritte entro 24 ore dal loro svolgimento; nelle trascrizioni venivano incluse tutte le informazioni, indipendentemente dal giudizio di utilità al momento dello svolgimento dell'intervista;

alla fine di ogni trascrizione venivano riportate le impressioni del ricercatore e tutte le informazioni raccolte venivano codificate (Huberman, Miles, 1994) sulla base delle dimensioni di analisi suggerite dal *framework* teorico di riferimento. Nel corso delle interviste effettuate si è proceduto anche alla raccolta di documenti aziendali ritenuti utili ad approfondire alcune tematiche emerse durante gli incontri con gli attori aziendali: in particolare, sono stati raccolti i documenti di presentazione degli obiettivi degli interventi analizzati, presentazioni degli stati avanzamento alla direzione aziendale, alcuni *format* di strumenti di CM.

Il caso viene di seguito presentato in forma anonima, al fine di preservare la riservatezza di alcune informazioni.

#### 4. Analisi del caso

L'A.O. Alfa opera in una regione del Nord Italia, attraverso 915 posti-letto di ricovero ordinario e 141 letti di *day hospital* e *day surgery*. Nel corso del 2010, l'A.O. Alfa ha erogato 33.366 ricoveri ordinari, con una degenza media di 8,9 giornate e un tasso di saturazione dell'86,3%. Contestualmente, sono state registrate circa 40.000 giornate di presenza nell'area *day hospital* e *day surgery* e sono state erogate circa 3.300.000 prestazioni ambulatoriali per esterni e 2.600.000 per interni. La dotazione organica ammonta a circa 3.850 unità.

##### 4.1. Le dinamiche di settore

A partire dalle disposizioni normative che hanno introdotto i concetti di aziendalizzazione, regionalizzazione e quasi mercato, il settore sanitario è stato interessato da profondi cambiamenti che ne hanno stravolto le logiche di funzionamento. Nell'ultimo decennio, due sono state le aree di riflessione e innovazione più significative: da un lato, le Regioni sono state responsabilizzate sul governo dei Ssr, non solo in termini di programmazione dell'offerta, ma anche e soprattutto in termini di solidità economico-finanziaria nella gestione sanitaria; dall'altro, si è sviluppata un'attenzione significativa verso le nuove modalità di definizione delle reti di offerta, che passano dall'essere focalizzate sul *professional*

all'essere organizzate attorno al paziente. La prima dinamica ha indotto un consistente rallentamento del tasso di crescita medio della spesa sanitaria, pari all'8,2% annuo nel periodo 1995-2001 e dimezzato (4,1%) nel decennio successivo (Armeni, 2011). La seconda dinamica, invece, si è concretizzata nell'implementazione delle prime innovazioni in termini di riprogettazione organizzativa, analisi dei processi, iniziative di esternalizzazioni complesse e ridefinizione della logistica (Bensa *et al.*, 2008). In sintesi, le aziende, sempre più consapevoli della necessità di guardare dentro i processi di cura, hanno sperimentato con successo logiche e strumenti nuovi come l'*audit* clinico, il BPR (*Business Process Re-engineering*), i Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, che sono così diventati, in molte realtà, prassi consolidate a supporto delle politiche di miglioramento della qualità e dell'utilizzo efficiente delle risorse (Elefanti *et al.*, 2001; Tozzi, 2004).

A livello regionale, le dinamiche descritte hanno trovato una specifica traduzione. Con riferimento al governo della spesa, la Regione ha adottato sin dalla legge istitutiva del suo Ssr una serie di misure orientate al rigido controllo dei costi, che, abbinate all'elevata mobilità attiva extraregionale e all'adozione di tetti e *target* di produzione, hanno consentito alla Regione di conseguire un soddisfacente equilibrio economico-finanziario. Questa forte attenzione alla dinamica economico-finanziaria non ha impedito (e anzi, ne è, in parte, l'effetto) l'adozione di politiche di investimento su modelli innovativi di gestione delle risorse,<sup>6</sup> l'implementazione di un ricco sistema informativo centrato sul paziente e la promozione di iniziative di investimento per la realizzazione di nuove infrastrutture sanitarie.

L'A.O. Alfa è stata profondamente interessata dalle dinamiche di settore, così come declinate dalla Regione di riferimento. Una volta conseguito l'equilibrio economico-finanziario, sin dal 2002, l'A.O. è stata, infatti, individuata come una delle aziende pilota nelle quali sviluppare innovazioni di farmacovigilanza e di corretto utilizzo del farmaco nel percorso del paziente. Quest'ultimo aspetto è in parte dovuto alla presenza in azienda di un farmacista ospedaliero particolarmente competente e propenso all'inno-

vazione, al punto da far sì che la Farmacia ospedaliera assumesse un ruolo di assoluto rilievo nell'ambito dell'A.O.<sup>7</sup> Inoltre, nello stesso anno in cui è stato parzialmente finanziato il progetto pilota sulla gestione del percorso del farmaco, l'A.O. Alfa è stata individuata come beneficiaria di un finanziamento per la costruzione di un nuovo ospedale. La nuova struttura può essere considerata la traduzione fisica del concetto di processo assistenziale che attraversa trasversalmente le diverse specialità. L'organizzazione fisica degli spazi, infatti, si fonderà non tanto sulla suddivisione tra reparti, ma sui diversi livelli di intensità dell'assistenza di cui il paziente ha bisogno.

Gli interventi analizzati in questo caso rappresentano una risposta alle dinamiche descritte e sono stati finalizzati a conseguire un più efficiente utilizzo delle risorse aziendali senza, tuttavia, mettere in discussione le caratteristiche di specializzazione ed eccellenza dell'A.O. Alfa. Più nello specifico, le iniziative qui descritte si collocano lungo un arco temporale che copre circa otto anni, articolato in due fasi principali: (i) il governo dei beni sanitari non farmaceutici, attraverso l'implementazione di iniziative di CM, quali la gestione in conto deposito dei dispositivi medici a elevato valore unitario e l'esternalizzazione della logistica dei presidi sanitari a basso valore intrinseco; (ii) il governo dei beni farmaceutici, attraverso la reingegnerizzazione del percorso del farmaco.

#### 4.2. La prima fase dell'intervento di *cost management*

Con riferimento alla prima fase, la principale iniziativa avviata ha riguardato la gestione in conto deposito dei dispositivi medici a elevato valore: con questa metodologia di approvvigionamento l'A.O. Alfa acquisisce la titolarità di tali beni, e ne sostiene il costo, solo al momento del loro effettivo utilizzo. Questo ha consentito all'azienda di conseguire alcuni vantaggi: i medici hanno a disposizione sempre il dispositivo tecnologicamente più aggiornato e nel formato richiesto; l'azienda non deve immobilizzare risorse per alimentare un magazzino costoso di beni a elevato rischio di obsolescenza (**tabella 1**); sono state ridotte le tensioni tra

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presidi chirurgici e sanitari	Rimanenze/Acquisti (%)	25,6%	23,7%	22,6%	20,7%	13,2%	9,6%	1,8%	2,5%
	Giorni medi magazzino	92,05	85,19	81,17	74,53	47,57	34,47	6,6	9,0
Protesi	Rimanenze/Acquisti (%)	0,51%	0,41%	0,38%	0,36%	0,08%	0,13%	0%	0%
	Giorni medi magazzino	1,85	1,46	1,38	1,29	0,29	0,46	0	0

**Tabella 1**

Giacenze di magazzino dei presidi chirurgici sanitari e delle protesi

Fonte: elaborazione su dati aziendali

*professional* e personale dedicato all'acquisizione di tali beni derivanti dalla scarsa tempestività, lamentata dai medici, delle procedure d'acquisto; è stata promossa una maggiore collaborazione interfunzionale, in quanto la nuova procedura prevede il coinvolgimento sinergico dei reparti sanitari (che individuano i beni rispetto ai quali sarebbe opportuno attivare il conto deposito), la farmacia ospedaliera (che prende in carico la richiesta, la autorizza e definisce gli standard qualitativi della fornitura), il provveditorato (che predispone e gestisce la gara d'appalto) e il fornitore (che istituisce presso il magazzino esternalizzato aziendale un deposito dei propri beni, di cui verifica periodicamente lo stato di conservazione e il livello di appropriatezza tecnologica e ripristina le scorte).

La seconda iniziativa ha riguardato l'esternalizzazione del magazzino dei presidi sanitari a basso valore: ciò si è tradotto nell'individuazione di un fornitore che gestisce presso una struttura esterna all'azienda ma in prossimità della stessa il magazzino di questi beni, che hanno un valore economico unitario basso, ma occupano spazi rilevanti. Anche questa iniziativa ha consentito di conseguire alcuni vantaggi: sono stati eliminati i magazzini di reparto (aree impropriamente occupate da questi beni voluminosi, con connessi rischi di deperimento e appropriazione indebita); sono state semplificate le procedure interne di ripristino delle scorte (che fa il fornitore su indicazione dell'azienda); sono state recuperate tre unità di personale della Farmacia ospedaliera, che, liberate dall'incombenza di dover gestire tali beni, possono dedicarsi allo svolgimento di attività a maggior valore aggiunto. Di questa seconda iniziativa non è stato possibile ricostruire l'impatto economico complessivo, a causa della mancanza di un presidio unitario della stessa.

#### 4.3. La seconda fase dell'intervento di *cost management*

La seconda fase dell'intervento ha riguardato l'iniziativa di reingegnerizzazione del percorso del farmaco. Sebbene formalmente avviato nel 2006, tale progetto risale almeno a dieci anni prima. Tuttavia, è stato solo grazie all'*input* della Regione (che ha concesso un finanziamento specifico) che l'intervento ha potuto essere avviato. Le finalità perseguite fanno riferimento al conseguimento di un più efficiente utilizzo delle risorse e di livelli di sicurezza e qualità più elevati nel percorso del farmaco. L'elemento di rottura che ha generato l'improcrastinabilità dell'iniziativa è legato all'insoddisfazione della Farmacia ospedaliera rispetto alla propria capacità di governare la più rilevante voce di costo posta sotto la sua responsabilità (nonché la seconda, per incidenza, dopo il personale, per l'intera azienda). Peraltro, la realizzazione di una gestione unitaria di tali risorse era ritenuta funzionale ad arginare il fenomeno degli ammanchi dei farmaci dovuti a sprechi e appropriazioni indebite.<sup>8</sup> L'impulso principale alla realizzazione dell'iniziativa è venuto, oltre che dalla Farmacia ospedaliera, dalla Direzione generale; al forte *commitment* di queste due funzioni, tuttavia, faceva da contraltare la resistenza del personale di reparto (medici e infermieri), preoccupato soprattutto delle implicazioni in termini di pervasività del controllo e necessità di modificare consolidate prassi cliniche.

Tra gli obiettivi dell'iniziativa citati dallo studio di fattibilità vi era anche la possibilità di poter tracciare il consumo dei farmaci a livello di paziente, generando un obiettivo benefico per l'attività di Controllo di gestione e anticipando il passaggio dai sistemi di Contabilità direzionale basati sui luoghi (le Unità operative) a sistemi articolati sui processi, dimensione di analisi fondamentale

per un ospedale che va strutturandosi per intensità assistenziale.

Il progetto è stato realizzato dal maggio 2006 a dicembre 2010 e ha visto il coinvolgimento della Farmacia ospedaliera, della U.O. Sistemi informativi, della Direzione sanitaria, dei medici di reparto, del personale infermieristico e di un consulente per l'implementazione dell'applicativo di supporto. Nel progetto originario, alla prescrizione informatizzata avrebbero dovuto fare seguito due ulteriori iniziative, ovvero l'implementazione di un sistema di distribuzione dei farmaci in dose unitaria e la somministrazione personalizzata: al momento, entrambe risultano ancora non attuate, anche perché richiedono un'infrastruttura fisica e tecnologica che sarà disponibile solo quando sarà operativo il nuovo ospedale. La messa a regime della prescrizione informatizzata, ha richiesto un investimento complessivo di 3.790.000 euro, comprensivi di infrastrutture informatiche, risorse umane e strumentali dedicate e una serie di iniziative formative, rivolte non solo al personale della farmacia ospedaliera ma anche ai medici e agli operatori tecnico-professionali di reparto (per un totale di 1.692 persone).

In base al sistema tradizionale di gestione del farmaco, il processo veniva attivato in presenza di una prescrizione cartacea del medico di reparto. L'infermiere di reparto verificava la presenza o meno del farmaco richiesto nei cosiddetti armadi di reparto; in assenza di tale risorse, o qualora la giacenza fosse ritenuta insufficiente, l'infermiere portava la richiesta alla Farmacia ospedaliera che erogava il farmaco. In tal modo si alimentava un magazzino di reparto talora di dimensioni rilevanti e difficile da mappare da un punto di vista amministrativo e gestionale.

Il nuovo processo, invece, prevede che il medico prescriva il farmaco direttamente su un supporto informatico, dove confluiscono una serie di informazioni relative al paziente. La richiesta, prima di essere evasa, deve essere validata dalla Farmacia ospedaliera. L'anagrafica del farmaco presente in azienda è strutturata in modo tale che ciascuna specialità medicinale faccia riferimento a un codice generico («generico intraospedaliero»), utilizzato (attraverso automatismi informatici che trasformano il commerciale in generico) per effettuare le richieste o le

prescrizioni informatizzate: al reparto viene consegnata la specialità disponibile riconducibile, mediante il codice generico, a quella richiesta. Il sistema consente di rilevare la somministrazione del farmaco al singolo paziente, di individuare eventuali discrepanze tra quantità prescritta e quantità effettivamente erogata e di ripristinare le scorte sulla base di quanto prescritto.

Come anticipato, l'iniziativa ha incontrato, inizialmente, le resistenze del personale medico, che ha vissuto l'innovazione come strumento di verifica ispettiva sul proprio operato. Il superamento di tale contrasto è stato possibile grazie all'implementazione di uno strumento che mette a disposizione del medico un servizio di supporto e aggiornamento continuo, dal punto di vista tecnologico e organizzativo. Per quanto concerne il primo aspetto, il *software* contiene molte informazioni riguardanti il destinatario del prodotto (importanti sia per la Farmacia, che in tal modo riesce sempre a risalire a come il farmaco è utilizzato in reparto, sia per il personale infermieristico, che in tempo reale può prendere visione della prescrizione e utilizzarla per costituire il foglio unico di terapia) e informazioni in grado di agevolare il clinico nella scelta dei farmaci e nell'identificazione delle eventuali interazioni farmacologiche. Dal punto di vista organizzativo, invece, si è proceduto all'introduzione del farmacista clinico, una figura che opera a diretto contatto con i professionisti sanitari, migliorando la qualità del servizio e garantendo il monitoraggio continuo del comportamento prescrittivo dei medici.

L'iniziativa ha consentito di conseguire una serie di benefici:

- tra i vantaggi osservabili direttamente, vi è la possibilità di liberare le risorse infermieristiche dallo svolgimento di attività non a valore aggiunto, recuperando una fonte rilevante di capacità produttiva, quanto mai utile, visto il blocco delle assunzioni;<sup>9</sup>

- tra i vantaggi impliciti nel funzionamento del sistema, assumono particolare rilevanza la possibilità di abbinare il consumo dello specifico farmaco al singolo paziente e l'eliminazione del rischio di errate somministrazioni derivanti da difficoltà nell'interpretazione calligrafica;<sup>10</sup>

– tra i benefici quantificabili dal punto di vista economico-finanziario, infine, si registra una più razionale gestione del magazzino, che ha consentito una significativa riduzione dei giorni di copertura magazzino (tabella 2).

La maggior qualità nella gestione del percorso del farmaco ha contribuito alla riduzione delle richieste di risarcimento danni (passate da 90 nel 2007 a 65 nel 2010) e alla conseguente diminuzione dei premi assicurativi (che si sono ridotti in valore assoluto del 4,5%).<sup>11</sup>

Tuttavia, la quantificazione di tutti i benefici prodotti dall'iniziativa risulta particolarmente critica, a causa del governo non integrato del processo. Innanzitutto, nella lista degli attori coinvolti si riscontra l'assenza della funzione Controllo di gestione; le interviste effettuate, infatti, hanno consentito di rilevare da un lato che la Farmacia ospedaliera esprime un fabbisogno di supporto nella costruzione di indicatori che consentano di evidenziare l'impatto dell'iniziativa, dall'altro che il Controllo di gestione risulta in attesa di flussi informativi provenienti dalla Farmacia ospedaliera per valutare una possibilità di integrazione dell'attuale sistema di contabilità direzionale che, per il momento, continua a essere articolato per unità organizzativa. Allo stato attuale, l'unico momento di integrazione tra questi due soggetti è avvenuto attraverso l'introduzione negli obiettivi di *budget* di indicatori connessi all'incidenza del ricorso alla prescrizione informatizzata nelle unità organizzative coinvolte. Inoltre, uno degli attori fondamentali per l'avvio del processo, il Direttore generale, è cambiato (a seguito della nomina a fine 2010 di un nuovo Dg), determinando un affievolimento del *commitment* rispetto all'iniziativa: si è ridotto, infatti, il livello di rendicontazione sociale sul progetto, che è andato ancor più caratterizzandosi, pertanto, come innovazione specifica della Farmacia ospedaliera.

**Tabella 2**

Andamento dei giorni di copertura magazzino

Fonte: Ao Alfa

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
<b>2007</b>	30,2	30,1	26,4	27,5	28,4	34,2	39,6	32,1	31,8	26,4	32,1	22,8
<b>2008</b>	41,8	35,0	30,0	34,6	29,7	29,3	39,4	34,6	27,3	20,7	25,6	15,8
<b>2009</b>	25,8	30,2	24,2	23,9	22,1	20,9	36,7	29,9	24,0	23,6	23,3	18,2

## 5. Discussion

L'obiettivo del presente paragrafo è quello di discutere le caratteristiche del caso presentato alla luce del *framework* delineato nel § 2 e, nello specifico, del modello proposto da Greenwood e Hinings (1996), che individua due gruppi principali di variabili:<sup>12</sup>

– le dinamiche esterne all'azienda, riconducibili alle dimensioni di analisi del contesto di mercato e del contesto istituzionale, a sua volta articolato nei fenomeni di isomorfismo coercitivo, mimetico e normativo;

– le dinamiche interne all'azienda, a loro volta suddivise in *change precipitators* e *change mobilisers*, dove i primi fanno riferimento alle variabili *interest satisfaction* e *value commitment* e le seconde alle variabili *power dependencies* e *capacity for action*.

Con riferimento alla prima tipologia di dinamiche, appare evidente come i vincoli di natura economico-finanziaria che hanno interessato la spesa sanitaria e caratterizzano il contesto competitivo di settore abbiano avuto un ruolo di primo piano nella scelta di avviare entrambe le fasi dell'iniziativa. Tuttavia, la natura pubblica dell'azienda e la sua appartenenza al settore sanitario concorrono a configurare in maniera peculiare il rapporto tra dinamiche istituzionali e forze competitive: in tale contesto, infatti, la Regione rappresenta, allo stesso tempo, la «capogruppo» dell'azienda e, in qualità di terzo pagante, anche uno degli elementi principali del contesto competitivo. Nell'esercitare le proprie prerogative istituzionali di tipo coercitivo, pertanto, il soggetto pubblico concorre a definire anche una componente importante delle caratteristiche del contesto competitivo in cui opera l'A.O. Alfa. L'analisi effettuata ha consentito di confermare il ruolo di primo piano svolto, nell'ambito delle aziende pubbliche, dai fenomeni di isomorfismo coercitivo, che assumono la forma di iniziative



legislative che orientano la dinamica degli accadimenti aziendali: non a caso, il primo paragrafo dello studio di fattibilità con cui è stato supportato il lancio dell'iniziativa riguarda proprio la normativa di riferimento. Nell'A.O. Alfa, inoltre, anche l'isomorfismo di tipo mimetico assume una connotazione peculiare, riconducibile alla tendenza, tipica delle aziende sanitarie, ad adottare strumenti che rappresentano delle «mode manageriali» («L'impulso principale alla realizzazione dell'intervento è venuto da una Direzione generale illuminata, che intendeva perseguire addirittura la strada del farmaco monodose già più di dieci anni fa, accompagnata dalla mia esperienza precedente all'estero», Direttore Farmacia), senza, peraltro, avere, in molti casi, una reale consapevolezza degli obiettivi e delle conseguenze delle azioni adottate, come dimostra l'esigenza esplicitata dalla farmacia ospedaliera di avere a disposizione un metodo per rileggere i dati e dimostrare la reale convenienza dell'iniziativa implementata («Sarebbe bello se ci aiutaste a dimostrare che tutto ciò ci conviene. Quali dati possiamo leggere per evidenziare il successo dell'iniziativa?», Farmacista ospedaliero, Responsabile dei flussi di progetto). L'iniziativa, inoltre, non appare indenne dall'effetto di forme di isomorfismo normativo, dal momento che lo spunto per l'avvio di tale innovazione è venuto nell'ambito di progetti sviluppati dal *network* professionale dei farmacisti ospedalieri.

Nel modello di Greenwood e Hinings (1996), tuttavia, la presenza di pressioni di mercato e istituzionali è condizione necessaria ma non sufficiente per attivare processi di cambiamento: essi hanno luogo solo in presenza di *value commitment* di tipo *competitive* o *reformative*. Nel caso presentato, la prima fase è caratterizzata da un *value commitment* di tipo *reformative*, in quanto non si sono riscontrati particolari episodi di resistenza al cambiamento. Rispetto all'intervento di reingegnerizzazione della logistica del farmaco, invece, il *value commitment* appare di tipo *competitive*, in quanto caratterizzato dalla forte *sponsorship* della Direzione generale e dall'elevato desiderio di cambiamento della Farmacia ospedaliera da un lato, e dall'opposizione dei medici e, in alcuni casi, del personale sanitario non medico, chiamati a modificare modalità operative di lavoro

ormai consolidate, dall'altro («Le resistenze principali all'implementazione della scelta strategica sono venute da medici e sindacati, preoccupati soprattutto dalla questione relativa all'attribuzione delle responsabilità. Inizialmente, la stessa Direzione e la guida del progetto si sono trovati impreparati di fronte a queste resistenze», Direttore del Dipartimento di Farmacia ospedaliera). Come già emerso in sede di descrizione del caso, nel progetto implementato dall'A.O. Alfa c'è un grande assente, rappresentato dal Controllo di gestione che, rispetto all'intervento di CM, ha manifestato un *value commitment* di tipo *indifferent*: la funzione, infatti, come emerge dalle citazioni riportate di seguito, non ha mai ostacolato il progetto, ma ha mantenuto rispetto a esso una posizione sostanzialmente attendista e passiva («So che loro [la Farmacia, nda] hanno dei dati. Noi siamo stati coinvolti solo un paio di volte per illustrarci lo stato di avanzamento del progetto. Però noi non abbiamo cambiato nulla nel sistema, che continua a girare per reparto. Aspettiamo che il nuovo ospedale sia pronto per intervenire sul sistema e integrare i loro dati», Dirigente Controllo di gestione). Tale dinamica è da ricondursi allo scollamento tra funzioni in generale e tra componente amministrativa e componente *professional* più in particolare, che caratterizza tipicamente le aziende sanitarie, dove le innovazioni sono molto spesso il frutto delle iniziative di singoli attori organizzativi. La seconda delle dinamiche interne riguarda il concetto di *interest satisfaction*, che implica il fatto che una spinta al cambiamento risieda nella presenza all'interno dell'azienda di gruppi organizzativi insoddisfatti rispetto alle modalità con cui i propri interessi vengono rappresentati all'interno dell'attuale configurazione organizzativa. Nel caso dell'A.O. Alfa è emerso come rilevante lo scollamento iniziale tra Farmacia ospedaliera e personale di reparto, fattore che determinava l'insoddisfazione della prima rispetto alla possibilità di governare compiutamente le risorse farmaceutiche («Il sistema di gestione del farmaco dalla prescrizione alla somministrazione al paziente garantisce: [...] il miglior controllo sull'utilizzo e il buon uso dei farmaci; la possibilità di fornire dati esatti riferibili al costo delle terapie per singolo paziente; la riduzione o addirittura azzeramento delle

*scorte di reparto, fonte di enormi sprechi», Studio di Fattibilità «Reingegnerizzazione logistica del farmaco», A.O. Alfa). Inoltre, con riferimento alla prima fase del progetto, un forte impulso alla gestione in conto deposito è venuto dall'insoddisfazione dei medici per procedure d'acquisto che non erano sufficientemente in grado di rispondere ai requisiti di tempestività e qualità imprescindibili in un'azienda a vocazione interventistica ad alta specializzazione («I medici spesso si lamentavano della scarsa tempestività delle procedure di acquisto. Dal canto suo il provveditorato era continuamente sotto stress per evadere richieste d'acquisto con procedure d'urgenza», Direttore Farmacia ospedaliera).*

Da quanto evidenziato finora, emerge come *interest dissatisfaction* e *value commitment* rappresentino spinte interne al cambiamento, la cui forza dipende anche dal legame con le dinamiche del contesto di mercato e istituzionale esterno (*triggers* del cambiamento). Nell'ambito del modello neoistituzionalista qui adottato, tuttavia, la realizzazione di rilevanti interventi di CM può avvenire solo in presenza di *power dependencies* e *capacity for action*, i due *enablers* del modello di Greenwood e Hinings (1996). In termini di *power dependencies*, è risultata senza dubbio decisiva, soprattutto per la realizzazione della seconda fase dell'intervento, la *sponsorship* della Direzione generale, definita più volte nel corso delle interviste «illuminata». A essa si sono affiancati, tuttavia, anche altri elementi estremamente rilevanti: il finanziamento erogato dalla Regione, che ha contribuito a conferire autonomia economica al progetto; la realizzazione della nuova struttura, che ha consentito di presentare l'intervento di reingegnerizzazione della logistica del farmaco come funzionale a preparare l'azienda all'appuntamento con l'apertura del nuovo ospedale («È tassativo il coinvolgimento di tutte le professionalità coinvolte nella gestione del farmaco sul paziente per giungere pronti al nuovo ospedale. [...] Pertanto, è stata fondamentale la condivisione del progetto con l'Area sanitaria, l'Area infermieristica e la Direzione sanitaria, in modo che tale progetto figurasse nella scheda di budget per ciascuna Unità strutturale coinvolta (come obiettivo strategico aziendale per arrivare pronti al nuovo ospeda-

le)», Direttore del Dipartimento di Farmacia ospedaliera); gli interventi legislativi volti a promuovere una maggiore efficienza nella gestione dei processi di acquisto e impiego dei farmaci, che hanno contribuito a conferire potere al gruppo di interessi identificabile nella Farmacia ospedaliera. In termini di *capacity for action*, invece, la capacità di condurre il cambiamento nella seconda fase è ascrivibile senza dubbio all'abilità del Direttore della Farmacia ospedaliera e del suo team nel coinvolgere i *professional* nella realizzazione del progetto, migliorando, attraverso l'istituzione della figura del farmacista clinico e l'assistenza alle procedure di prescrizione, l'interfaccia utente (il medico) - fornitore nella gestione dei processi di impiego dei prodotti farmaceutici. Sono stati estremamente rilevanti, inoltre, gli interventi di formazione volti a supportare l'implementazione del progetto. Infine, è da rilevare come, un importante fattore che ha consentito di creare *commitment* rispetto al progetto è stato senza dubbio la scelta di inserire gli obiettivi del progetto all'interno del sistema di *budget* aziendale.

## 6. Conclusioni

L'articolo si è posto l'obiettivo di comprendere come si originano e si sviluppano i processi di cambiamento nei sistemi di CM in contesti sanitari caratterizzati da fenomeni di cambiamento. Per conseguire tale obiettivo, è stato analizzato un caso aziendale, riletto alla luce di un *framework* concettuale che integra le variabili tipiche della NIS con quelle proprie della OIE.

L'analisi del caso e la *discussion* dello stesso consentono di effettuare alcune considerazioni conclusive con riferimento ai due quesiti attraverso i quali è stata operazionalizzata la domanda di ricerca. Nello specifico, il primo quesito ha focalizzato l'attenzione su come, nelle aziende sanitarie, i sistemi di governo dei costi reagiscano alle dinamiche che caratterizzano il quadro di settore e del contesto istituzionale esterno, nonché del contesto organizzativo e istituzionale interno.

Le evidenze presentate permettono di rilevare come non sia sufficiente la presenza di dinamiche competitive favorevoli all'introduzione di iniziative di CM affinché le stesse

possano essere realizzate, ma è necessario che vi sia un'esplicita indicazione in tal senso proveniente dal contesto istituzionale di riferimento. In termini concreti, è dall'introduzione del sistema di remunerazione a Drg e dall'applicazione di sistemi di tetti e *target* di produzione che deriva l'impossibilità per le aziende ospedaliere di governare pienamente la dinamica dei ricavi. Questo avrebbe dovuto spingere le A.OO., sin dal 1995, a occuparsi del governo dei costi. Ciò è tanto più vero quanto più si consideri che molte delle indicazioni che pervenivano dal livello centrale tendevano a focalizzarsi proprio sul consumo dei farmaci. Tuttavia, se non ci fosse stata l'esplicita azione coercitiva della Regione che ha attribuito all'A.O. Alfa la responsabilità di realizzare le iniziative di farmacovigilanza, probabilmente l'intervento sarebbe rimasto inapplicato, esattamente come è avvenuto per oltre un decennio (§ 4.2). Questo dimostra come le aziende pubbliche tendano a interpretare in maniera restrittiva i propri margini di autonomia (si agisce solo quando c'è un'esplicita indicazione ad agire). Inoltre, nel caso descritto si evidenzia come l'autonomia della singola azienda sia subordinata non solo al livello istituzionale di riferimento (Stato e Regione), ma anche all'adozione di innovazioni simili da parte di altre aziende (configurarsi come *first mover* non è sempre visto come fonte di vantaggio competitivo ma potrebbe configurare un rischio che le aziende non vogliono assumersi) e all'approvazione di tali innovazioni da parte dei *network* scientifici più rilevanti (il senso di appartenenza di chi opera all'interno di un'azienda sanitaria è quasi più forte nei confronti della propria comunità professionale che in quello dell'azienda stessa). Tali fenomeni mettono in evidenza come le aziende sanitarie si caratterizzino per la contemporanea presenza di molteplici *institutional arrangements*, nelle cui visioni parzialmente contrapposte delle finalità dell'azienda risiedono potenziali contraddizioni alla base di spinte al cambiamento (Seo, Creed, 2002).

Con riferimento alle dinamiche interne, appare evidente come il modello adottato sia particolarmente efficace nello spiegare l'origine di interventi di governo dei costi. Nell'A.O. Alfa sia la prima fase che la seconda fase dell'iniziativa prendono l'avvio anche grazie alle pressioni esercitate da grup-

pi aziendali in grado di mobilitare *power dependencies*: nel primo caso si tratta dei chirurghi che intendono sviluppare la vocazione agli interventi di alta specialità dell'azienda, nel secondo caso della Farmacia ospedaliera che vive la propria missione istituzionale in maniera ampia, al punto da configurarsi come dipartimento ospedaliero. Tuttavia, l'esercizio di *power dependencies* necessita di un'altra condizione: il fatto che l'intervento di CM sia funzionale a soddisfare degli interessi specifici (la disponibilità di protesi *just in time* nella prima fase, e il governo unitario dei farmaci nella seconda fase). Riletto in questi termini, il governo dei costi diventa un fine quasi secondario e inconsapevole rispetto al perseguimento di altri interessi. I risultati dello studio sono coerenti, in tal senso, con quanto affermato dalla letteratura in tema di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni professionali. Mintzberg (1983), infatti, individua tre classi di problematicità connesse alla gestione di tali organizzazioni: (i) la discrezionalità rivendicata dal professionista nell'esercizio della sua attività; (ii) la resistenza al coordinamento interdisciplinare e multi-professionale; (iii) la scarsa propensione all'innovazione, fenomeno legato all'aspettativa del professionista di «capitalizzare» le competenze maturate nell'ambito del suo percorso formativo. Di fatto, l'iniziativa analizzata rischia di incappare nella trappola del *garbage can* (cestino della spazzatura, Cohen *et al.*, 1972), cioè quelle situazioni in cui le decisioni vengono prese per il fortuito incontro tra un problema e una soluzione, senza una razionalità forte, ma spesso con una razionalità implicita, legata a una convenienza particolare (nel caso specifico, quella propria della farmacia ospedaliera).

In assenza dell'adozione di specifici meccanismi operativi di gestione del cambiamento, queste iniziative sono tanto più probabili quanto più il perseguimento delle stesse non genera effetti negativi sugli interessi di altri gruppi aziendali rilevanti (nella prima fase, caratterizzata da *value commitment* di tipo *reformative*, l'intervento è stato più rapido). Questo rischio è più elevato, quando gli interventi realizzati hanno valenza interfunzionale (Beretta, Dossi, 1994): dal momento che spesso le iniziative di CM perseguono l'obiettivo di un più efficiente utilizzo del-

le risorse attraverso l'accentramento di processi di acquisto e di consumo dispersi, le stesse tendono a togliere spazi di autonomia ad alcuni gruppi organizzativi (per esempio, il personale di reparto che perde la possibilità di governare le scorte dei farmaci). Tra le condizioni abilitanti l'intervento di CM è, infine, imprescindibile il ruolo dei fattori individuali. Soprattutto se osserviamo l'implementazione della prescrizione informatizzata, appare fondamentale il ruolo del capo dipartimento della Farmacia ospedaliera, che, per caratteristiche personali e posizione professionale, è stato in grado di generare *commitment* rispetto all'iniziativa e di ritagliarsi gli spazi d'azione necessari a implementarla. Questo elemento ha, tuttavia, portato a una eccessiva personalizzazione dell'intervento stesso.

Con riferimento al secondo quesito, il caso dimostra che gli interventi di CM sono tanto più proattivi nel generare cambiamento, quanto più sono stati accompagnati da un processo di condivisione rispetto alle caratteristiche e alle finalità dell'intervento stesso, ovvero quando sono in grado di integrare tutti gli attori rilevanti. Ne è prova il fatto che, anche in presenza di un *value commitment* di tipo *competitive*, l'implementazione della prescrizione informatizzata viene realizzata pienamente solo grazie al continuo e costante coinvolgimento del personale medico e infermieristico di reparto. Il livello di integrazione generato, in tal senso, è talmente tanto elevato da divenire preconditione per il trasferimento dell'A.O. Alfa nel nuovo ospedale strutturato per intensità assistenziale: senza questa iniziativa, probabilmente i *professional*, gli infermieri e i farmacisti non avrebbero avuto modo di sperimentare modalità di lavoro interfunzionali. Il caso è, tuttavia, un esempio anche di una mancata integrazione, ovvero quella tra le competenze tecniche della Farmacia ospedaliera e quelle manageriali del Controllo di gestione («*Non riesco a fornirle i dati, perché non li abbiamo noi. Li ho più volte sollecitati ma non li ho ancora a disposizione*», Dirigente Controllo di gestione). Nella letteratura di controllo, sempre più spesso si fa riferimento al ruolo della funzione di P&C quale *business partner*: nel caso analizzato, invece, la funzione stessa si vive ed è vissuta come mero ente di certificazione di risultati raggiunti da altri. In

questo senso, permane una logica sequenziale e non interdipendente tra innovazioni nei processi produttivi e declinazione delle stesse nell'ambito dei sistemi di controllo. La mancanza di integrazione costituisce senza dubbio il principale elemento di ostacolo a una piena efficacia delle innovazioni nei sistemi di CM.

Riletto in altri termini, il secondo quesito ha inteso indagare gli impatti che l'introduzione di un sistema di CM può avere su altri meccanismi operativi aziendali e sulle relazioni tra i diversi attori. Dal punto di vista razionale ci si aspetterebbero degli effetti apprezzabili in tal senso; tuttavia, l'iniziativa presentata non si caratterizza per un forte governo aziendale, bensì per un elevato livello di personalizzazione e di identificazione con gli interessi di uno specifico gruppo professionale. Data questa condizione e in assenza di supporto da parte di meccanismi operativi, non sorprende che l'intervento di CM sia rimasto confinato a una specifica area aziendale. Anche da questo punto di vista, i risultati dello studio si dimostrano coerenti con quanto evidenziato dalla letteratura sull'innovazione nelle aziende *brain intensive* secondo cui, per rendere efficace un'innovazione, è necessario sviluppare e/o consolidare in maniera appropriata alcuni meccanismi operativi, *in primis* il sistema di programmazione e controllo aziendale (Lega, 2003; 2006).

Il contributo offerto dal presente articolo è duplice: da un punto di vista della letteratura scientifica, consente di superare l'approccio meramente tecnico all'analisi dei sistemi di CM e l'esclusiva focalizzazione sulle variabili codificate dal filone NIS per lo studio dei cambiamenti organizzativi nelle aziende pubbliche; da un punto di vista delle implicazioni manageriali, suggerisce le dinamiche rilevanti da presidiare per un'efficace implementazione di iniziative di CM.

L'articolo presenta alcuni limiti che aprono a future linee di ricerca: un primo limite è di natura metodologica e consiste nella non generalizzabilità dei risultati ottenuti attraverso l'analisi di un singolo caso; un secondo limite è di natura tematica, poiché viene analizzata una specifica tipologia di intervento, la riprogettazione del percorso del farmaco, attuata da un'azienda pubblica. Possibili nuovi spunti, pertanto, deriverebbero dal confronto dei risultati qui ottenuti

con quelli derivanti dall'analisi di iniziative simili attuate da attori diversi (per esempio, aziende sanitarie private) o di iniziative con un diverso oggetto, attuate da classi di attori simili.

## Note

1. Sebbene l'adozione di una nuova logica di CM possa essere basata sui criteri di massimizzazione dell'efficienza ed efficacia aziendale, il risultato finale del processo di implementazione sarà influenzato dall'agire delle istituzioni e delle routine esistenti. In tal senso, il risultato finale dipenderà dalle caratteristiche del processo di implementazione (Burns, 2000).
2. Per *change precipitators* si intendono i fattori che attivano i processi di cambiamento. Per *change enablers* si intendono i fattori abilitanti i processi di cambiamento stessi.
3. Greenwood e Hinings individuano quattro alternative: (i) *status quo commitment*, in cui tutti i gruppi sono soddisfatti dell'attuale configurazione organizzativa; (ii) *indifferent commitment*, in cui si assiste a un atteggiamento né favorevole né contrario da parte di tutti gli attori organizzativi rispetto all'attuale *organizational template*; (iii) *competitive commitment*, in cui alcuni gruppi sostengono lo *status quo* mentre altri vi si oppongono; (iv) *reformative commitment*, in cui tutta l'organizzazione ricerca una soluzione alternativa alla configurazione attuale.
4. Un approccio *processual* implica l'analisi longitudinale delle dinamiche organizzative indagate.
5. Un approccio *contextualist* si basa su tre pilastri fondamentali: (i) la necessità di studiare i processi di cambiamento nell'ambito del contesto interno ed esterno di riferimento; (ii) l'importanza della dimensione temporale; (iii) la relazione di reciproca influenza tra contesto e azione.
6. Uno degli esempi più significativi, in tal senso, è la scelta di destinare fondi specifici per iniziative di farmacovigilanza e di informazione sull'impiego di medicinali.
7. Alla Farmacia ospedaliera dell'A.O. Alfa, infatti, è stato riconosciuto lo *status* di Dipartimento ospedaliero (ovvero di struttura complessa dotata di una responsabilità di secondo livello).
8. Una stima dell'impatto di tali fenomeni quantificava nel 15% sul totale degli acquisti l'ammontare degli sprechi.
9. «Un sistema di richiesta totalmente informatizzato, a fronte di un notevole impegno iniziale di risorse per la messa a punto del sistema sulle varie Uu.Oo. con adeguate istruzioni su come operare, eviterà completamente, una volta giunti a regime, i viaggi che ogni ausiliario effettua scendendo dal reparto in Farmacia per consegnare le richieste cartacee con possibilità di mobilitazione dello stesso personale. D'altro canto presso l'U.O. Farmacia si avrebbe un recupero di tempo dovuto al fatto che la cassettera di raccolta delle richieste sarebbe completamente sostituita dal sistema informatizzato di gestione delle stesse, inviate per via informatica, che ne permetterebbe anche l'organizzazione in automatico secondo numero di centro di costo» (Studio di Fattibilità «Reingegnerizzazione logistica del farmaco», A.O. Alfa).
10. Non è possibile quantificare in maniera chiara gli effetti economici dei vantaggi appena descritti, dal momento che non sono stati attivati flussi informativi specifici su tali aspetti tra Farmacia e Controllo di gestione. Per esempio, la Farmacia ha a disposizione delle evidenze cliniche e di letteratura che evidenziano come l'introduzione di queste soluzioni consenta una riduzione di errori gravi di gestione del farmaco in una percentuale stimata tra il 55% e l'88% e una riduzione degli errori in fase di somministrazione pari mediamente al 70%.
11. Attribuire all'innovazione la diminuzione delle richieste di risarcimento e dei premi assicurativi richiederebbe una dimostrazione ben più articolata, considerata l'estensione delle catene causali necessariamente coinvolte.
12. Data la rilevanza e la complessità della seconda fase dell'intervento, molte delle riflessioni contenute nella *discussion* si concentrano sull'intervento di prescrizione informatizzata.

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

- ABRAHAMSON E. (1991), «Managerial fads and fashions: the diffusion and rejection of innovations», *Academy of Management Review*, vol. 16, n. 3, pp. 586-612.
- ANESSI PESSINA E., PINELLI N. (2002), «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- ARMENI P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- BARALDI S. (2000), *Le performance manageriali*, McGraw-Hill, Milano.
- BENSA G., PRENESTINI A., VILLA S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento» in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano
- BERETTA S., DOSSI A. (1994), «Il controllo dei servizi centrali», *Sviluppo e Organizzazione*, 143, pp. 17-33.
- BERGAMASCHI M., LECCI F. (2008), «Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BERGAMASCHI M., LECCI F., MORELLI M. (2010), «Il cost management delle attività no core nelle aziende sanitarie», *Economia & Management*, 3, pp. 99-115.
- BERGAMASCHI M., LECCI F., MORELLI M. (2011), «Strategic Cost Management e aziende sanitarie», *RIREA*, 1.
- BOGT H.J.T. (2008), «Management accounting change and new public management in local government: a reassessment of ambitions and results. An institutional approach to accounting change in the Dutch public sector», *Financial Accountability & Management*, vol. 24, n. 3, pp. 209-241.
- BURNS J. (2000), «The dynamics of accounting change. Inter-play between new practices, routines, institutions, power and politics», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 13, n. 5, pp. 566-596.
- BURNS J., BALDVINSDOTTIR G. (2005), «An institutional perspective of accountants' new roles: the interplay of contradictions and praxis», *European Accounting Review*, vol. 14, n. 4, pp. 725-757.
- BURNS J., VAIVIO J. (2001), «Management accounting change», *Management Accounting Research*, vol. 12, n. 4, pp. 389-402.
- BURNS W.J., SCAPENS R.W. (2000), «Conceptualizing management accounting change: an institutional framework», *Management Accounting Research*, vol. 11, n. 1, pp. 3-25.
- CASATI G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CHENHALL R. (2003), «Management control systems design within its organisational context: findings from contingency based research and direction from the future», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, n. 2-3, pp. 127-168.
- COHEN M., MARCH J., OLSEN J. (1972), «A Garbage Can Model of Organizational Choice», *Administrative Science Quarterly*, 17, pp. 1-25.
- CRUZ I., MAJOR M., SCAPENS R.W. (2009), «Institutionalization and practice variation in the management control of a global/local setting», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 22, n. 1, pp. 91-117.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DI MAGGIO P.J., POWELL W.W. (1983), «The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields», *American Sociological Review*, 48, pp. 147-160.
- DI MAGGIO P.J., POWELL W.W. (1991), «The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields», in P.J. Di Maggio, W.W. Powell (Eds.), *The new institution in organizational analysis*, University of Chicago Press, Chicago.
- EISENHARDT K.M., GRAEBNER M.E. (2007), «Theory building from cases: opportunities and challenges», *Academy of Management Review*, vol. 50, n. 1, pp. 25-32.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, vol. 14, n. 4, pp. 532-550.
- ELEFANTI M., BRUSONI M., MALLARINI E. (2001), *La qualità nella sanità*, Egea, Milano.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FERRÈ F., LECCI F., LONGO F. (2011), «Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Egea, Milano.
- GRANLUND M. (2001), «Towards explaining stability in and around management accounting systems», *Management Accounting Research*, vol. 12, n. 2, pp. 141-166.
- GREENWOOD R., HININGS C.R. (1996), «Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism», *Academy of Management Review*, vol. 21, n. 4, pp. 1022-1054.
- HUBERMAN A.M., MILES M.B. (1994), *Qualitative data analysis*, SAGE, Thousand Oaks.
- HYVONEN T., JARVINEN J., PELLINEN J., RAHKO T. (2009), «Institutional logics, ICT and stability of management accounting», *European Accounting Review*, vol. 18, n. 2, pp. 241-275.
- JARVINEN J. (2006), «Institutional pressures for adopting new cost accounting systems in Finnish hospitals: two longitudinal case studies», *Financial Accountability & Management*, vol. 22, n. 1, pp. 21-46.

- JOHANSSON T., SIVERBO S. (2009), «Why is research on management accounting change not explicitly evolutionary? Taking the next step in the conceptualisation of management accounting change», *Management Accounting Research*, vol. 20, n. 2, pp. 146-162.
- KASURINEN T. (2002), «Exploring management accounting change: the case of balanced scorecard implementation», *Management Accounting Research*, vol. 13, n. 3, pp. 323-343.
- LECCI F., LEGA F. (2011), *Performance management e organizzazione dei centri di sclerosi multipla*, Egea, Milano.
- LECCI F., LONGO F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- LECCI F., VENDRAMINI E. (2011), «Le innovazioni nei sistemi di programmazione e controllo», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.
- LEGA F. (2003), «Orientare all'innovazione l'ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- MA Y., TAYLES M. (2009), «On the emergence of strategic management accounting: an institutional perspective», *Accounting and Business Research*, vol. 39, n. 5, pp. 473-495.
- MINTZBERG H. (1983), *Structuring in Fives: Designing Effective Organization*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- MODELL S. (2002), «Institutional perspectives on cost allocations: integration and extension», *European Accounting Review*, vol. 11, n. 4, pp. 653-679.
- MODELL S. (2009), «Institutional research on performance measurement and management in the public sector accounting literature: a review and assessment», *Financial Accountability & Management*, vol. 25, n. 3, pp. 277-303.
- MOHR L.B. (1982), *Explaining organizational behavior*, Jossey-Bass, San Francisco.
- PETTIGREW A.M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», *Organization Science*, vol. 1, n. 3, pp. 267-292.
- SCAPENS R.W. (1994), «Never mind the gap: towards an institutional perspective of management accounting practices», *Management Accounting Research*, vol. 5, n. 3-4, pp. 301-321.
- SCAPENS R.W. (2006), «Understanding management accounting practices: A personal journey», *The British Accounting Review*, vol. 38, n. 1, pp. 1-30.
- SCAPENS R.W., JAZAYERI M. (2003), «ERP systems and management accounting change: opportunities or impacts? A research note», *European Accounting Review*, vol. 12, n. 1, pp. 201-233.
- SEO M., CREED W.E.D. (2002), «Institutional contradictions, praxis, and institutional change: a dialectical perspective», *Academy of Management Review*, vol. 27, n. 2, pp. 222-247.
- SHARMA U., LAWRENCE S., LOWE A. (2010), «Institutional contradiction and management control innovation: a field study of total quality management practices in a privatized telecommunication company», *Management Accounting Research*, vol. 21, n. 4, pp. 251-264.
- SITI-NABIHA A.K., SCAPENS R.W. (2005), «Stability and change: an institutionalist study of management accounting change», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 18, n. 1, pp. 44-73.
- SOIN K., SEAL W., CULLEN J. (2002) «ABC and organizational change: an institutional perspective», *Management Accounting Research*, vol. 13, n. 2, pp. 249-271.
- SONGINI L. (2004), *Target costing. Pianificazione e gestione della redditività*, Egea, Milano.
- TAMENYI M., CULLEN J., GONZALEZ J. (2006), «Changes in accounting and financial information system in a Spanish electricity company: a new institutional theory analysis», *Management Accounting Research*, vol. 17, n. 4, pp. 409-432.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 71-80.
- VEBLEN T. (1898), «Why is economics not an evolutionary science?», *Quarterly Journal of Economics*, 12, pp. 373-397.
- YIN R.K. (1994), *Case Study research: design and methods*, Sage, London.

**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**.



# Farmaco di marca vs farmaco equivalente. E se a vincere fosse la marca commerciale?

ERIKA MALLARINI

*The pharmaceutical industry is facing a period of intense change which is basically led by two different phenomena: the oncoming expiry of the main active principles patents – which opens the market to new generic drugs – and the ongoing gradual liberalization process in pharmaceutical distribution. The present study aims at showing the main evidences regarding the link of those two matters of topical interest, which could substantially affect the current situation. Analyzing the consumers/ citizens and pharmacists selection process while choosing between an originator drug and its generic version, it is demonstrated that they show a significant gap of trust when referring to generic drugs. This gap could actually be filled by the diffusion of private labels on the market.*

Keywords: generic drug, large-scale retail trade, private label

Parole chiave: farmaco generico, grande distribuzione organizzata, marca privata

#### Note sull'autore

Erika Mallarini è docente SDA Bocconi, Public Management and Policy, erika.mallarini@sdabocconi.it

## 1. Introduzione. Le ragioni dello studio

Il mercato dei farmaci equivalenti<sup>1</sup> avrà nei prossimi anni un ruolo di primaria importanza all'interno del settore farmaceutico: nel biennio 2012-2013, infatti, è in programma la scadenza di 33 principi attivi, il che implica che nei prossimi anni un volume di mercato pari a 91,1 milioni di confezioni, che corrisponderebbero a un valore di circa 1,7 miliardi di euro, sarà interessato dalla concorrenza con il farmaco equivalente (*www.assogenerici.it*, 2011).

Gran parte della letteratura sul tema si è focalizzata prevalentemente sui modelli farmaco-economici di risparmio, sul confronto tra le politiche dei diversi Paesi di incentivazione alla prescrizione e alla vendita del farmaco generico e sul confronto internazionale del differenziale di prezzo dell'equivalente rispetto all'*originator*. In misura minore alcuni ricercatori si sono orientati sui meccanismi di prescrizione da parte del medico o sull'orientamento dei cittadini verso il consumo di farmaco generico. Molto rari sono invece gli studi sulla fase che nel *marketing* viene definita «momento della verità» (Gronroos, 2000), ovvero nello specifico su cosa accade al momento di incontro tra domanda e offerta all'acquisto del prodotto in farmacia.

In questo saggio si presenta parte delle evidenze di un'analisi riguardante proprio questa tematica, in particolare i risultati che si riferiscono all'atteggiamento del farmacista e ai *driver* di comportamento del paziente/consumatore in merito alla scelta tra farmaco di marca e farmaco generico in

## SOMMARIO

1. Introduzione. Le ragioni dello studio
2. Metodologia della ricerca
3. Consumer behaviour
4. Retailer behaviour
5. Spostare la frontiera del valore: *private label*

corrispondenza del «momento della verità»: ossia nella fase di consiglio e vendita da parte del farmacista e nel momento della scelta e dell'acquisto da parte del cittadino cliente, sia in presenza di prescrizione medica sia nei casi di automedicazione. Tali evidenze sono state integrate e riportate in un modello denominato *frontiera del valore* (D'Aveni, 2010), che, applicato al contesto, rappresenta come accrescere il valore associato al farmaco generico. La frontiera del valore è stata costruita sulla base del percepito da parte del farmacista e del paziente in merito al concetto di *private label*,<sup>2</sup> ovvero di farmaco generico a *brand* del *retailer*, ovvero del distributore finale: farmacia, parafarmacia, GDO.

Si è scelto di focalizzare il presente lavoro sul tema della marca privata, in quanto rappresenta il tema di maggiore di attualità in questa fase di liberalizzazione del canale farmacia, in particolare in questo momento in cui è acceso il dibattito sull'opportunità di estendere ad altri canali la vendita del farmaco di fascia C – con obbligo di prescrizione, ma non rimborsabile – cui fanno capo gran parte dei prodotti per i quali il brevetto è in scadenza. Tra questi canali vi è anche la Grande Distribuzione Organizzata (GDO) – nei cui assortimenti la *private label* sta assumendo quote di mercato sempre più rilevanti (PLMA, 2011; Nielsen, 2011), passando in Italia dal 12.8% del 2006 al 17.4%<sup>3</sup> del 2010, con un giro di affari complessivo di 5.669 milioni di euro -. A ciò si aggiunge che Teva, leader di mercato nel settore dei generici, lancerà nel marzo 2012 una linea a marca privata per un *network* di farmacie, Profar.<sup>4</sup>

## 2. Metodologia della ricerca

Lo studio è stato condotto attraverso la combinazione di due tipologie di analisi: una prima di tipo quantitativo a soli fini esplorativi delle attese e dei comportamenti attuali relativi alla scelta tra *brand* ed equivalente; una seconda analisi di tipo qualitativo per l'approfondimento dei temi emersi dall'indagine campionaria (Morgan, 1996), in particolare per analizzare le mappe cognitive funzionali, tra l'altro, a prevedere comportamenti possibili in caso di cambiamento delle condizioni di scenario, ad esempio la liberalizzazione della distribuzione del farmaco o

la diffusione di generici a marchio di *retailer* intesi come *network* di farmacie e GDO.

Per l'analisi quantitativa si è analizzato un campione di 735 cittadini (rappresentativo dell'universo della popolazione nazionale con un'attendibilità del 99% e un errore del +/- 4,73), distribuiti in modo uniforme su tutto il territorio italiano. La raccolta dati è stata effettuata telefonicamente per evitare potenziali *bias* di un'eventuale intervista *face-to-face*: è infatti possibile che lo stato d'animo di un cliente, sentendosi poco bene oppure malato, influenzi le sue risposte per modificare la sua immagine nelle percezioni dell'intervistatore. Si è proceduto a un campionamento stratificato, seguendo rigide linee guida: il territorio nazionale è stato, infatti, suddiviso in quattro aree e, all'interno di ciascuna area, sono stati individuati quattro gruppi di comuni sulla base della grandezza del centro abitato. Conseguentemente all'interno di ogni strato identificato sono stati estratti, in modo casuale, gli intervistati.

Si sono quindi utilizzate scale *multi-item* per misurare la maggior parte dei costrutti considerati nei modelli. In tutti i casi, le scale sono state adattate al contesto, partendo sempre da scale già utilizzate in letteratura. A causa della complessità dei modelli considerati, tramite una purificazione, si sono selezionati solo alcuni *item* delle scale originali, le quali erano state utilizzate in studi con un numero limitato di costrutti (Guenzi, Johnson, Castaldo, 2009). Per la misurazione di ogni *item* è stata utilizzata una scala Likert a sette punti, in modo da rilevare il grado di accordo di ogni intervistato con l'affermazione proposta: 1 = disaccordo totale, 7 = totale accordo.

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso i seguenti *step*: in primo luogo è stata esaminata la *reliability* delle scale (Bagozzi *et al.*, 1991), quindi è stata realizzata un'indagine univariata sulle percezioni e sui comportamenti rispetto al farmaco equivalente, misurando qualità percepita, fiducia, intenzioni future e acquisti. Infine è stata condotta una *cluster analysis* per segmentare la domanda, per la quale è stata realizzata un'analisi Anova che ha dato valori di *df* pari a .000 e delle analisi *Cross Tab* per la descrizione dei *cluster*, con relativi *Chi-Square Test* che hanno mostrato l'adeguatezza degli incroci.

Complessivamente i risultati dell'Anova e della *cross tabulation* sono risultati tutti significativi al livello di  $sig < .01$ .

Per quel che concerne l'analisi qualitativa, sono stati condotti tre *focus group* di approfondimento sui cittadini e tre *focus group* sui farmacisti. Si è scelta questa metodologia in quanto si rivela particolarmente efficace quando si ha la necessità di indagare temi complessi «che vanno oltre la sfera di comportamenti e degli atteggiamenti noti al singolo individuo, coinvolgendo atti, valori, conoscenze di base, pregiudizi, rimosioni, paure e rappresentazioni collettive.» (Morgan, 1996; Acocella, 2008). L'utilizzo del *focus group* costituisce un passaggio essenziale nell'indagine sui temi multidimensionali e complessi, perché consente di individuare le motivazioni latenti, gli elementi più esposti all'influenza dello scambio faccia a faccia, dei rapporti di potere, della routine (Yin, 1984). Per la raccolta dei dati è stata sviluppata una griglia di domande che delinea in modo ampio l'oggetto di indagine e che ha lo scopo di guidare l'intervistatore ed evitare la distorsione dal *focus* della ricerca (Beverland *et al.*, 2004). Ciascun *focus group* è stato condotto da almeno due intervistatori, uno responsabile di condurre il dibattito, l'altro di verificare che tutti gli argomenti di interesse fossero stati toccati dal primo. Ogni *focus group* è stato prima realizzato e quindi completamente trascritto. In totale sono stati raccolti 790 minuti di registrazione: 420 nei *focus group* con i cittadini e 370 nei *focus group* con i farmacisti. Le registrazioni si sono tradotte in circa 198 pagine di trascrizione (carattere Arial 12). Le informazioni sono state analizzate mediante il *software* di *content analysis* Nvivo 8. Tale *software* ha permesso di codificare i dati contenuti nei *focus group* in variabili rilevanti per l'analisi. In particolare gli ambiti di ricerca sono stati tradotti codici, articolati anche in sub-codici; partendo dalla trascrizione dei *focus group*, è stato assegnato un codice a ciascuna frase espressa dagli intervistati, creando in questo modo quelle che vengono comunemente definite quali *reference* (Amaturo, 1993). Per assicurare validità interna all'analisi, riducendo quindi al minimo il rischio di soggettività che la ricerca qualitativa può comportare, la codifica è stata svolta in modo separato da due ricercatori indipendenti. Il *cross-check* dell'uniformità della codifi-

ca ha garantito l'oggettività di tale processo (Bailey, 1982).

In totale sono state realizzate 111 codifiche e 344 *reference*, che sono quindi state analizzate per identificare i risultati emergenti dallo studio.

Durante l'analisi dei dati sono stati considerati tutti i dati a disposizione (ovvero tutte le attività, competenze, prospettive, indicate dai rispondenti) cui i ricercatori hanno aggiunto le proprie considerazioni, mantenendole però separate da quanto detto dagli intervistati per rigore metodologico (Bourgeois III, Eisenhardt, 1988). Così come per la codifica, l'analisi dei dati è stata realizzata da due ricercatori indipendenti, che hanno tratto le proprie conclusioni dai dati a disposizione. Anche in questo caso, il *cross-check* delle analisi e la valutazione congiunta di spiegazioni alternative ha permesso di verificare l'oggettività dell'analisi svolta (Strauss, Corbin, 1998; Yin, 1984).

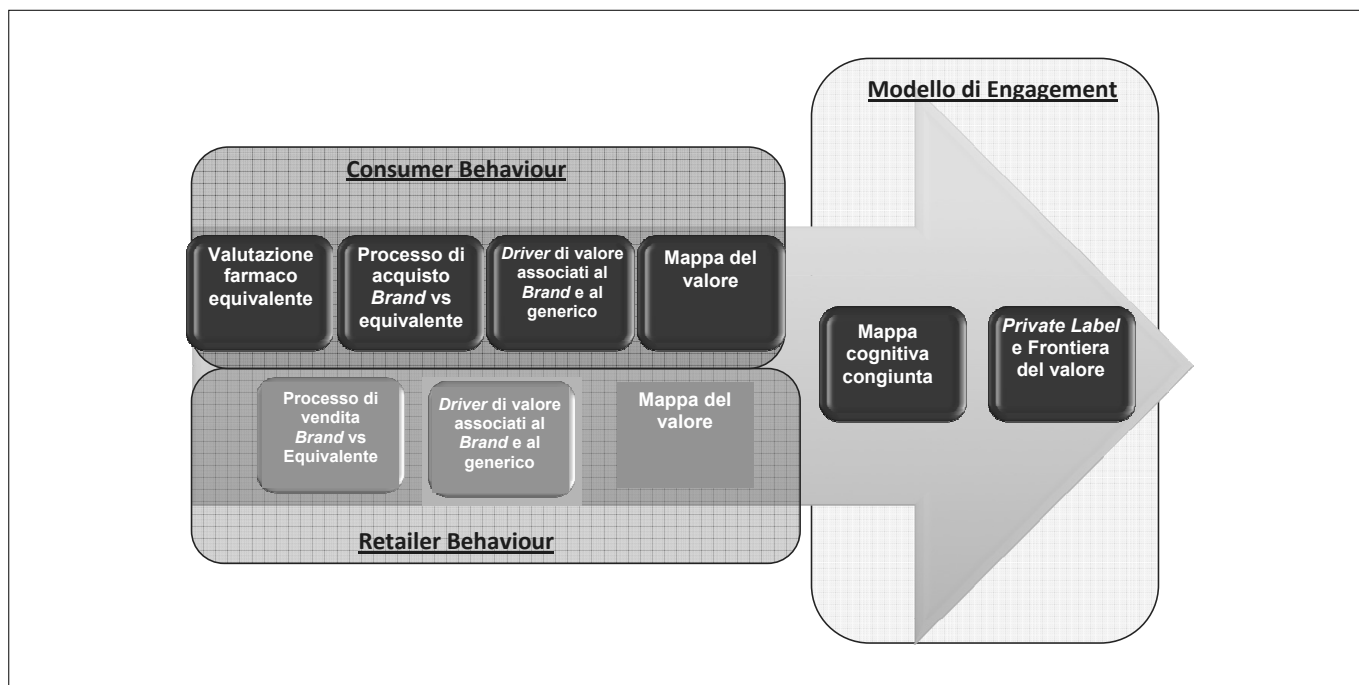
Attraverso la *content analysis* realizzata con il supporto del *software* è stato possibile individuare i concetti-chiave per le due categorie di soggetti intervistati e rappresentare le connessioni tra gli stessi in mappe cognitive (Novak, 2001), al fine di costruire validi modelli previsionali.

Dalla combinazione della ricerca quantitativa di esplorazione e della ricerca qualitativa di approfondimento si è costruito il disegno di ricerca sintetizzato in **figura 1**, suddiviso in:

a) *consumer behaviour*, area che include le valutazioni generali del cittadino rispetto al farmaco generico, la descrizione del suo processo di acquisto, i driver di valore che associa al farmaco equivalente e al farmaco di marca e la rappresentazione dei due prodotti sulla mappa del valore (D'Aveni 2010);

b) *retailer behaviour*, area che include il processo secondo cui il farmacista sceglie di consigliare il prodotto generico o il prodotto di marca al momento della vendita, i driver di valore che associa ai due prodotti e la rappresentazione di questi ultimi sulla propria mappa del valore;

c) *modello di engagement* per l'accrescimento del valore associato al generico, che coniuga la visione del cittadino con quella del farmacista. In particolare esso è costituito da un modello interpretativo, la mappa cogniti-



**Figura 1**  
Disegno di ricerca

va congiunta, che consente di combinare le percezioni di professionisti e consumatori al fine di elaborare strategie finalizzate all'accrescimento del valore associato al generico, e dalla proposta di un indirizzo strategico per *retailer* e produttori, costruita sulle evidenze empiriche, di utilizzare la *private label* per accrescere l'*engagement*, attaccamento razionale ed emotivo dei farmacisti e dei pazienti verso il farmaco equivalente e di conseguenza rilanciarne il mercato.

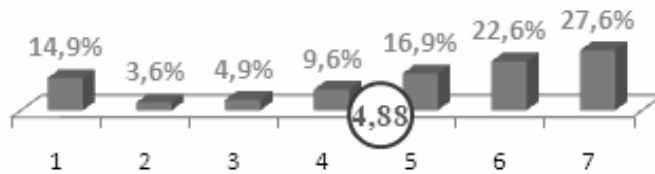
### 3. Consumer behaviour

Prima di indagare nel dettaglio il «momento della verità», ovvero il comportamento del cittadino in farmacia, lo studio si è soffermato sulle valutazioni generali dello stesso rispetto al farmaco generico, indagando in particolare la qualità percepita, la fiducia riposta nel prodotto, le intenzioni future di eventuale acquisto e le caratteristiche dell'acquirente.

L'analisi quantitativa ha evidenziato che i cittadini tendenzialmente si sentono poco informati o senza le conoscenze adeguate per valutare la qualità del prodotto: all'affermazione «i farmaci generici sono di alta qualità», il campione ha dato una valutazione media pari a 4,88 su una scala di Lickert

1-7 (dove 1 rappresenta il valore assolutamente in disaccordo con l'affermazione e 7 assolutamente d'accordo con l'affermazione e il valore 4 rappresenta una situazione di neutralità) (**grafico 1**). La maggior parte degli intervistati comunque tendenzialmente ritiene che il prodotto generico sia di qualità. Tuttavia, quasi un cittadino su quattro pensa che il farmaco generico non sia un prodotto di elevata qualità. Si evidenzia l'elevata varianza nelle risposte, che risulta quasi una polarizzazione sugli estremi di accordo e disaccordo.

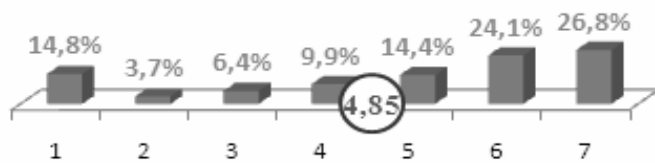
Sulla medesima scala, all'affermazione «i farmaci generici mantengono le promesse» il campione ha dato una valutazione media pari a 4,85 (**grafico 2**): cresce la percentuale dei disinformati e di coloro i quali hanno poca fiducia nella comunicazione aziendale e istituzionale sul prodotto. Dall'indagine qualitativa, che ha permesso di analizzare più in profondità la fiducia riposta dal cliente nel prodotto, infatti, è emerso che non è chiaro né il messaggio, che sembra legato solo alla convenienza del prodotto e non alla sua sicurezza né alla sua equivalenza, né l'emittente dello stesso. Per generare fiducia conta «chi fa le promesse», e, nel caso del farmaco generico, dall'analisi, della quale si riportano alcuni *verbatim*, risulta che il citta-



Valore scala	% campione
1 assolutamente in disaccordo	14,9
2 abbastanza in disaccordo	3,6
3 moderatamente in disaccordo	4,9
4 non so	9,6
5 moderatamente d'accordo	16,9
6 abbastanza d'accordo	22,6
7 pienamente d'accordo	27,6

**Grafico 1**

Farmaci generici: qualità -  
«I farmaci generici sono di alta qualità»



Valore scala	% campione
1 assolutamente in disaccordo	14,8
2 abbastanza in disaccordo	3,7
3 moderatamente in disaccordo	6,4
4 non so	9,9
5 moderatamente d'accordo	14,4
6 abbastanza d'accordo	24,1
7 pienamente d'accordo	26,8

**Grafico 2**

Farmaci generici: fiducia -  
«I farmaci generici mantengono le promesse»

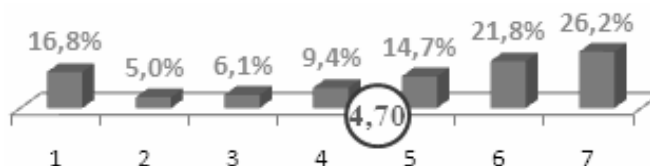
dino non percepisce chiaramente chi è il soggetto della comunicazione: «... il Ministero per risparmiare sulla salute dei cittadini», «le associazioni di consumatori», «le aziende straniere».

Sempre in merito alla fiducia, alle affermazioni «i farmaci generici mi ispirano fiducia» e «sono affidabili» ha dato valutazioni medie rispettivamente pari a 4,70 e 4,85 (**grafici 3 e**

**4**). I cittadini tendono a fidarsi del prodotto, ma c'è sempre circa uno su quattro che non si fida, e la fiducia piena corrisponde solo al 26-27% degli intervistati. È interessante notare che la fiducia verso il farmaco generico è la più bassa rispetto a quella riposta in tutte le altre categorie di prodotto vendute in farmacia e questo dato si accomuna con i risultati legati alle promozioni sui prodotti per la

**Grafico 3**

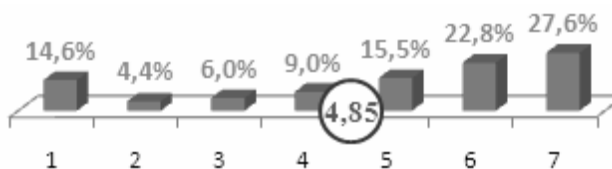
Farmaci generici: fiducia -  
«I farmaci generici mi ispirano fiducia»



Valore scala	% campione
1 assolutamente in disaccordo	16,8
2 abbastanza in disaccordo	5
3 moderatamente in disaccordo	6,1
4 non so	9,4
5 moderatamente d'accordo	14,7
6 abbastanza d'accordo	21,8
7 pienamente d'accordo	26,2

**Grafico 4**

Farmaci generici: qualità -  
«I farmaci generici sono affidabili»



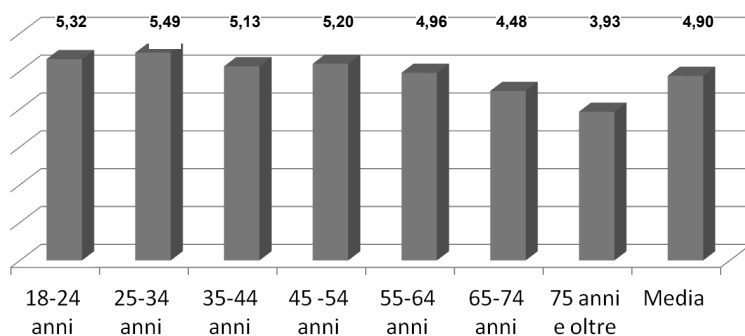
Valore scala	% campione
1 assolutamente in disaccordo	14,6
2 abbastanza in disaccordo	4,4
3 moderatamente in disaccordo	6
4 non so	9
5 moderatamente d'accordo	15,5
6 abbastanza d'accordo	22,8
7 pienamente d'accordo	27,6

salute, che risultano correlate negativamente alla fiducia nel prodotto e verso il farmacista (Mallarini, 2011).

I dati sono significativamente differenziati a seconda di alcune variabili: l'età degli intervistati, il livello di istruzione, la provenienza geografica e la soddisfazione verso il Servizio sanitario regionale di riferimento. Coloro che dichiarano di avere fiducia

nel generico – con valori superiori al 5 –, e comunque moderata, sono prevalentemente nella fascia di età intorno ai 45-54 anni, di un livello di istruzione medio alto, residenti al Nord, soddisfatti del proprio Servizio sanitario regionale.

Rispetto alle intenzioni future, chi li ha già sperimentati tendenzialmente continuerà ad acquistare i farmaci generici che già acqui-



Valore scala	% campione
18-24 anni	5,32
25-34 anni	5,49
35-44 anni	5,13
45-54 anni	5,20
55-64 anni	4,96
65-74 anni	4,48
75 anni e oltre	3,93
Media	4,90

**Grafico 5**

Farmaci generici: intenzioni future - «Continuerò a comprare i farmaci generici che già acquisto»

sta, con una valutazione media pari a 4,88, ma ben un 27% di chi li ha provati non è intenzionato a ripetere l'esperienza. I più soddisfatti sono i giovani con un valore del 5,49 su 7 (**grafico 5**). Minore la fiducia di chi non li ha sperimentati o verso i prodotti non utilizzati: sono in disaccordo con le affermazioni «in futuro potrei comprare farmaci generici anche se ad oggi non ne ho acquistati» e «consiglierei i farmaci generici a un amico/a» rispettivamente il 28,1% del campione e il 31,5% del campione. I più propensi a sperimentare l'acquisto sono giovani tra i 25 e i 54 anni, con un livello di istruzione medio alto, del Nord e soddisfatti delle prestazioni del loro Ssr. Al campione è stato, infine, chiesto in che percentuale acquista farmaci generici rispetto al totale della spesa effettuata in farmacia. La valutazione media rilevata è pari a 32,5%, con significative differenze per Regione e per età. Comunque quasi il 27% della popolazione dichiara di non acquistarne.

La *cluster analysis* (Molteni, Troilo, 2003) ha evidenziato chiaramente in base alle percezioni e ai comportamenti l'esistenza di tre segmenti (**tabella 1**): i *propen-*

*si alla marca* che sono il 35,1% del campione, i *confusi* pari al 49% del campione, e i *propensi al generico*, pari al 15,9% del campione. Il *cluster* dei *propensi al generico* è confermato dalla quota di mercato degli stessi in Italia rispetto alla totalità dei farmaci dispensati, pari nel 2010 al 10,5% ([www.assogenerici.it](http://www.assogenerici.it), 2011).

I *propensi al generico* sono prevalentemente giovani e residenti al Nord (età:  $\chi^2 = 28.835$ ,  $df = 12$ ,  $p < .00$ , area geografica:  $\chi^2 = 27.776$ ,  $df = 6$ ,  $p < .00$ ). Anche questo dato è confermato dai consumi che risultano significativamente più elevati nella Provincia autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte, regioni che presentano quote sopra la media ([www.assogenerici.it](http://www.assogenerici.it), 2011).

In merito al «momento della verità», lo studio ha evidenziato che ben il 70% della decisione di acquisto tra un prodotto di marca e generico avviene proprio nel punto di vendita.

La *content analysis* (Strauss, Corbin, 1998) ha consentito di approfondire i fattori determinanti la scelta tra farmaco di marca

**Tabella 1**  
Cluster analysis

Farmaci generici	Cluster		
	Propensi al generico	Confusi	Propensi al brand
Qualità - «Sono di alta qualità»	6,41	5,92	3,48
Qualità - Ricodifica «Sono di qualità inferiore rispetto a quelli di marca»	4,78	4,79	4,10
Fiducia - «Mantengono le promesse»	6,29	5,78	3,47
Fiducia - «Mi ispirano fiducia»	6,31	5,69	3,33
Fiducia - «Sono affidabili»	6,33	5,80	3,43
Intenzioni future - «Continuerò a comprare i farmaci generici che già acquisto»	6,44	6,02	3,28
Intenzioni future - «In futuro acquisterò anche farmaci generici che oggi non acquisto»	6,34	5,77	3,21
Intenzioni di acquisto - «Consiglierei i farmaci generici a un amico/a»	6,30	5,64	2,94
Percentuale acquisto farmacia generici sul totale della spesa in farmacia	81,62	43,65	7,60
Numerosità del cluster	15,9%	49%	35,1%

e farmaco equivalente. Nel corso dell'indagine si è provveduto a distinguere tra cinque situazioni: (1) assenza di prescrizione medica (automedicazione) con consiglio da parte del farmacista ad acquistare il prodotto generico, (2) assenza di prescrizione medica senza suggerimento del farmacista, (3) prescrizione medica con indicazione della marca e suggerimento del farmacista di acquistare il prodotto generico, (4) prescrizione medica con indicazione della marca senza suggerimento del farmacista, (5) prescrizione medica con indicazione del solo principio attivo.

Dall'analisi tuttavia è emerso che i comportamenti del cittadino tendenzialmente si equivalgono in tutti e cinque i casi, tranne che per un minore rischio percepito nell'area dell'automedicazione, per la quale lo studio evidenzia una maggiore propensione alla sperimentazione del farmaco generico, specie se questo viene suggerito dal farmacista («un conto è l'aspirina, un conto se devi prendere un farmaco tipo un antiipertensivo o robe del genere...», «se ho solo un disturbo e il farmacista me lo consiglia posso prendere un generico»).

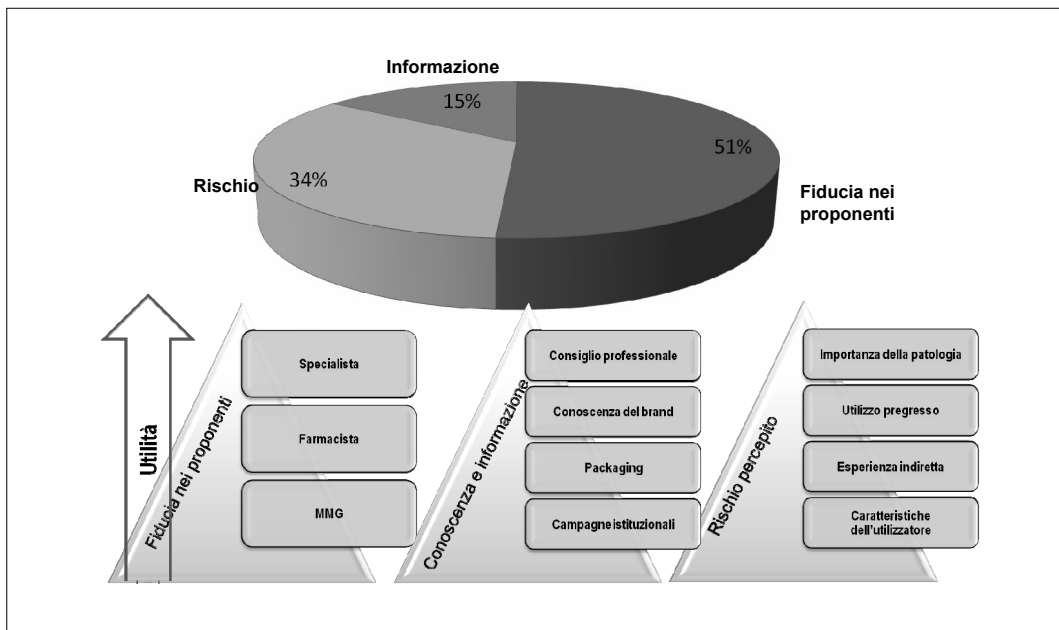
In particolare la *content analysis* ha consentito di misurare l'importanza relativa degli elementi che influenzano la scelta in farmacia (figura 2), evidenziando che essa

dipende per il 51% dalla fiducia riposta nel soggetto proponente, dal 34% dal rischio associato alla patologia per la quale si assume il farmaco, e per il 15% dall'informazione. Nel «momento della verità» il cittadino tende ad affidarsi più al farmacista che al medico di base («io suppongo che se il farmacista me lo propone non dovrebbe avere una efficacia minore, che senso avrebbe: cioè è il suo mestiere!»). In alcuni casi, tra l'altro, gli intervistati dichiarano che il loro medico è «contrario» ai generici o non li considera una possibile alternativa («il medico mi ha detto: assolutamente no il farmaco generico», «il mio medico è un nemico acerrimo del farmaco generico»). Resta però nettamente superiore l'importanza attribuita al consiglio del medico specialista, quindi quando la prescrizione di farmaco di marca o equivalente è di quest'ultimo, il consiglio del farmacista non risulta più rilevante («se uno specialista mi dice prendi quel prodotto, io prendo di sicuro quello. Niente mi può convincere a cambiarlo»).

Per quel che riguarda il secondo fattore, ovvero il rischio, dall'analisi la scelta risulta prevalentemente legata all'importanza della patologia («se è una patologia grave sicuramente non prenderei il generico»), all'utilizzo pregresso del prodotto («se un farmaco ha già funzionato su di me preferisco non cam-



Figura 2  
Content analysis



biarlo»), all'esperienza indiretta («mi sento più tranquillo se conosco qualcuno che lo ha già preso») e, infine, alle caratteristiche dell'utilizzatore: ad esempio età, presenza di altre patologie non riguardanti il farmaco in oggetto, situazioni particolari («non credo sia opportuno che lo prenda una donna in gravidanza»).

Rispetto all'informazione, viene attribuita una maggiore utilità alla relazione interpersonale, ovvero al consiglio professionale, quindi alla conoscenza del *brand* anche se generico («io prenderei quello generico dell'Angelini»), ovvero intesa come conoscenza dell'azienda produttrice («questo generico lo fa Bracco, allora lo posso prendere»), e alla sua provenienza («io prenderei quello tedesco perché mi fido di più rispetto alle ditte italiane»), alle informazioni riportate sul *packaging* e nel foglio illustrativo («mi sembra ci siano scritte le stesse cose, quindi si può prendere») e, solo da ultimo, alle campagne istituzionali che, come è riportato precedentemente, vengono percepite dal cittadino come legate a un interesse, dell'azienda promotrice o dell'istituzione pubblica in merito al risparmio, a discapito della sicurezza dell'utilizzatore.

Entrando più nel dettaglio del processo di acquisto, la scelta tra farmaco generico e farmaco di marca risulta determinata dal rap-

porto tra valore associato al farmaco e costo percepito di acquisizione.

Il valore associato al farmaco è legato ai seguenti tre *driver*: efficacia e sicurezza percepite – entrambe le quali risultano strettamente connesse nelle mappe cognitive del cittadino alla fiducia nel proponente, alla fiducia nel produttore e al rischio associato alla patologia –, e condivisione di valori, che per i soggetti propensi all'acquisto del generico significa valore associato al concetto di prodotto descritto come «democratico», «accessibile», «senza fronzoli», «attento alla responsabilità sociale»; per i soggetti propensi alla marca significa «valore della salute», «qualità», «onestà», «non copiato». Gli elementi strettamente valoriali sono ben rappresentati nella **figura 3** che raffigura le modalità attraverso le quali gli intervistati nei *focus group*, suddivisi tra propensi alla marca e propensi al generico, hanno descritto l'utilizzatore del generico e il non utilizzatore: per i primi il propenso al generico è una persona poco attenta alle priorità, mentre per i secondi il propenso alla marca è un soggetto attento solo alle apparenze. Chi è più favorevole e più predisposto ai generici insiste molto sul concetto di informazione e di *self-confidence*; chi è più favorevole ai prodotti di marca tende a definire il generico sempli-

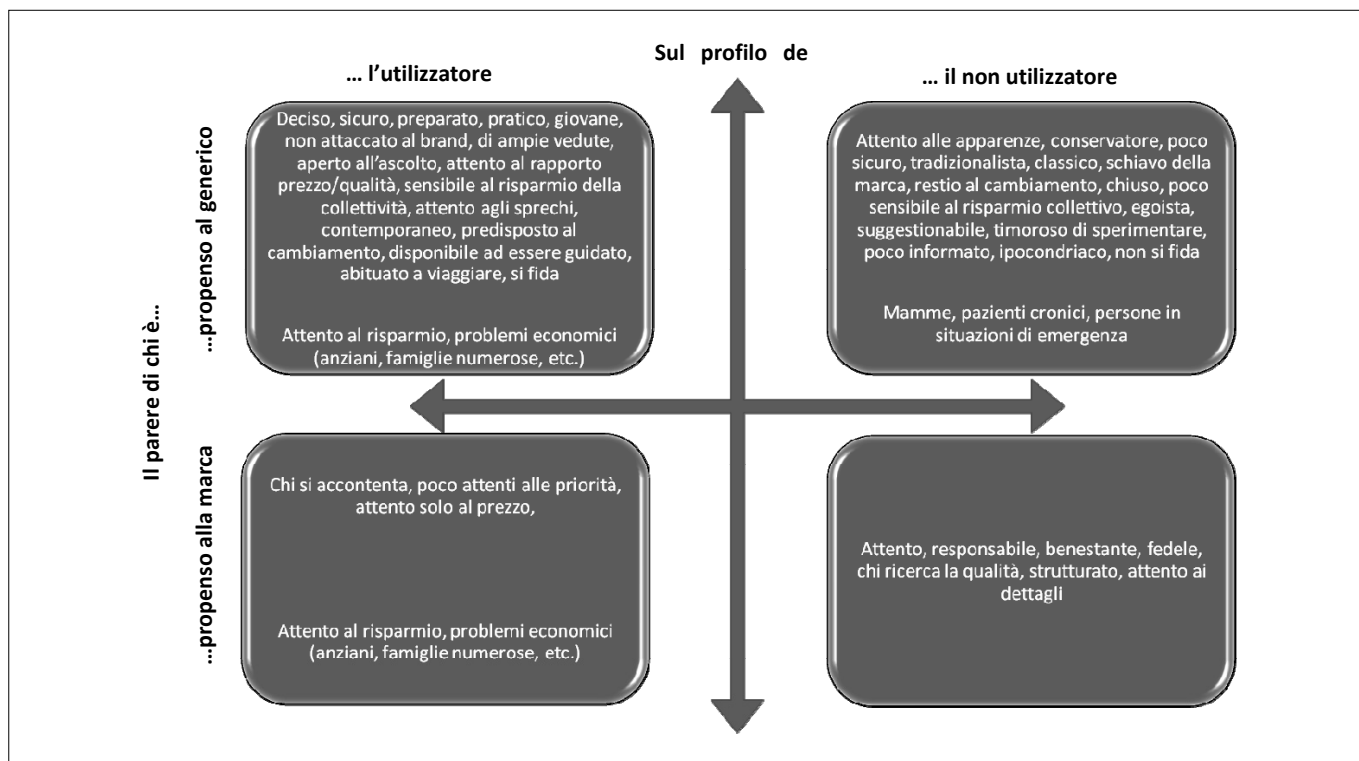


Figura 3

I valori associati all'uso del generico

cemente come un «surrogato» un «prodotto di fascia B».

Il costo di acquisizione è legato alla convenienza percepita, fattore diverso dal differenziale di prezzo, e alla reperibilità dell'informazione e del prodotto. In particolare, in merito alla convenienza percepita il concetto di «economico» associato al farmaco equivalente assume una valenza diversa in funzione della propensione del singolo soggetto ad acquistare prodotti di marca: per i propensi al generico il concetto significa più «concreto», «essenziale», «conveniente», per altri vuol dire che è più «povero», «meno sicuro». A queste considerazioni si aggiunge che il prezzo tende a non rientrare nel processo di scelta in quanto inferiore rispetto al valore soglia. Dall'analisi, infatti, emerge che per sostituire il prodotto di marca con l'equivalente il cittadino si aspetta per i prodotti il cui prezzo è inferiore ai 15 euro un differenziale del 40-50% o un valore di almeno 3 euro, per i prodotti il cui prezzo è superiore ai 15 euro un differenziale del 30% o di almeno 6 euro («per risparmiare 2 euro non vale neanche la pena»; «di solito la differenza di prezzo è talmente poca, che non si ha voglia di rischia-

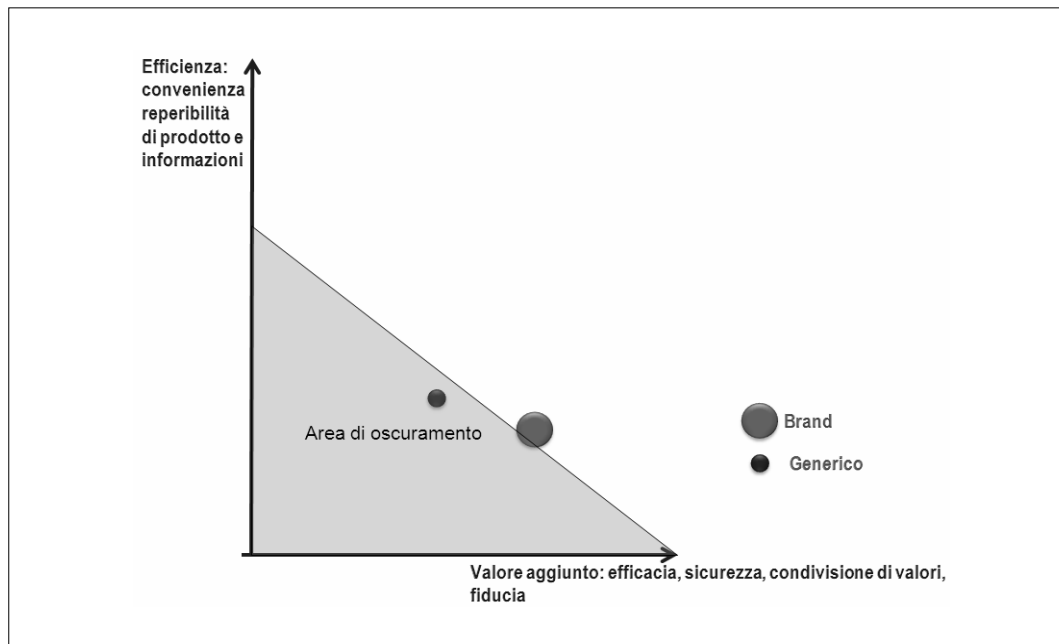
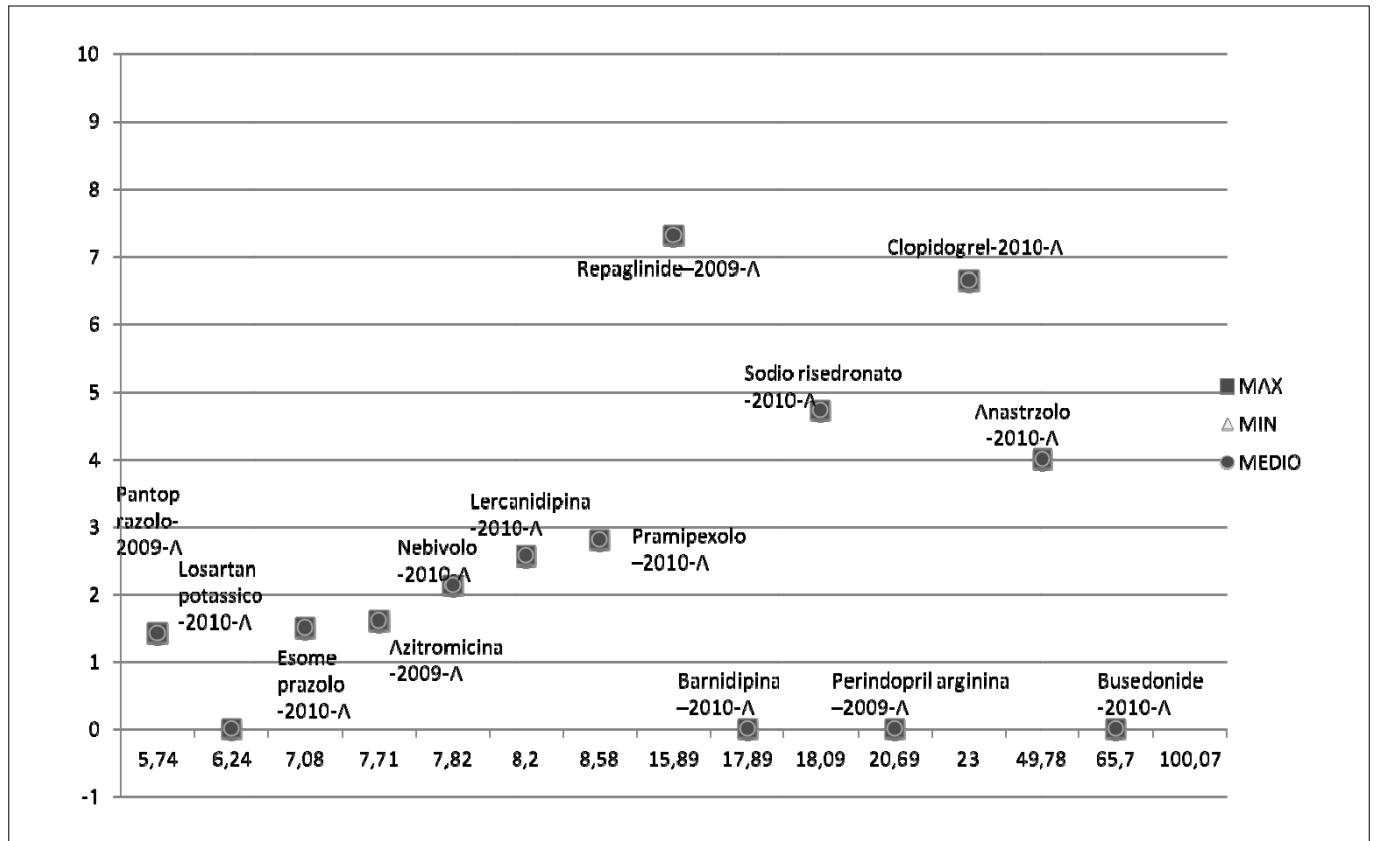
re»). Il **grafico 6** mostra come nella maggior parte dei casi il differenziale di prezzi si attesti sotto i 2 euro.

Per quello che riguarda la reperibilità dell'informazione, i cittadini dichiarano di sentirsi poco informati sui prodotti: nonostante conoscano la definizione del farmaco equivalente («so cosa è!», «è un farmaco che ha gli stessi principi attivi del farmaco di marca, di cui è scaduto il brevetto, ma ha un costo inferiore. Non è pubblicizzato, dovrebbe avere la stessa efficacia, ma le caratteristiche corollarie tipo il colore, la consistenza, il sapore, la solubilità, il formato e gli eccipienti sono diverse, come a volte il dosaggio»), dichiarano di non avere sufficienti informazioni per orientarsi tra diversi prodotti. Alcuni ritengono che i farmaci equivalenti esistano quasi esclusivamente nell'ambito di patologie non gravi o solo con riferimento agli OTC («per i prodotti con la ricetta non esiste il generico», «i generici sono i prodotti senza marchio che ti danno anche senza ricetta»).

La **figura 4** posiziona il farmaco generico rispetto al *branded* – farmaco di marca – nelle mappe cognitive del cittadino, applicando

**Grafico 6**

Differenziali di prezzo *originator* - generico



**Figura 4**  
Frontiera del valore per il cittadino: brand vs generico

al modello della frontiera del valore (D'Aveni, 2010) le evidenze della *content analysis* sui driver di valore per il cittadino. Sull'ipotesi dell'area di oscuramento, cosiddetta frontiera del valore, rientrano quei prodotti per i quali il rapporto tra il valore aggiunto associato al farmaco ed efficienza intesa come inverso del costo percepito di acquisizione, si equivale. Sulla stessa linea si possono quindi trovare due prodotti con la medesima utilità per il cliente nonostante uno sia percepito con maggiore valore aggiunto – ad esempio più efficace –, ma minore efficienza – ad esempio più caro –, l'altro minore valore aggiunto, ma maggiore efficienza. Dalla *content analysis* emerge come la maggiore efficienza del farmaco equivalente non sia sufficiente a contrastare il minore valore aggiunto percepito, pertanto secondo la prevalenza dei cittadini i farmaci generici si trovano al di sotto della frontiera del valore, quindi sono oscurati dai prodotti di marca e pertanto non hanno ragione di essere preferiti.

#### 4. Retailer behaviour

Diversi sono i fattori che, secondo lo studio, influenzano il processo rispetto al quale il farmacista sceglie di consigliare il farmaco generico, in primo luogo la rappresentazione cognitiva che egli ha del farmaco generico e del suo consumatore, quindi la presenza o meno di una prescrizione medica.

Rispetto alla rappresentazione cognitiva del farmaco equivalente i farmacisti intervistati convergono su tre caratteristiche del prodotto: stesso principio attivo dell'*originator*, stesso dosaggio, minor costo. Dove invece la rappresentazione del prodotto diverge sensibilmente è sul concetto di efficacia, rispetto alla quale i farmacisti dichiarano di non avere conoscenze e informazioni sufficienti («è uguale ma costa di meno, però non siamo certi al 100%», «effettivamente si sono verificati casi in cui il generico non ha funzionato», «anche a livello di conoscenza personale facciamo un po' fatica a reperire dati sulla bio-equivalenza di varie molecole»).

In merito alla rappresentazione cognitiva del consumatore di farmaco equivalente o di farmaco di marca, i farmacisti descrivono rispettivamente il primo come un soggetto giovane, di cultura medio-alta, sicuro e aperto, appartenente a una fascia di reddito

intermedia, che viaggia molto; il secondo come un soggetto di età che prevalentemente supera i 50 anni, di cultura medio-bassa, diffidente, ansioso, con grande disponibilità economica o, al contrario, con scarse disponibilità economiche, con patologie croniche o in situazioni di debolezza, ad esempio in gravidanza. Ma è nel secondo soggetto che riconoscono il loro cliente abituale.

In caso di automedicazione, il criterio di scelta tra farmaco di marca e farmaco equivalente è polarizzato tra chi ha una visione commerciale e chi ha una visione professionale, in caso di presenza di una prescrizione medica i farmacisti convergono sull'opportunità di coinvolgere comunque il medico, specie se specialista, nel processo decisionale.

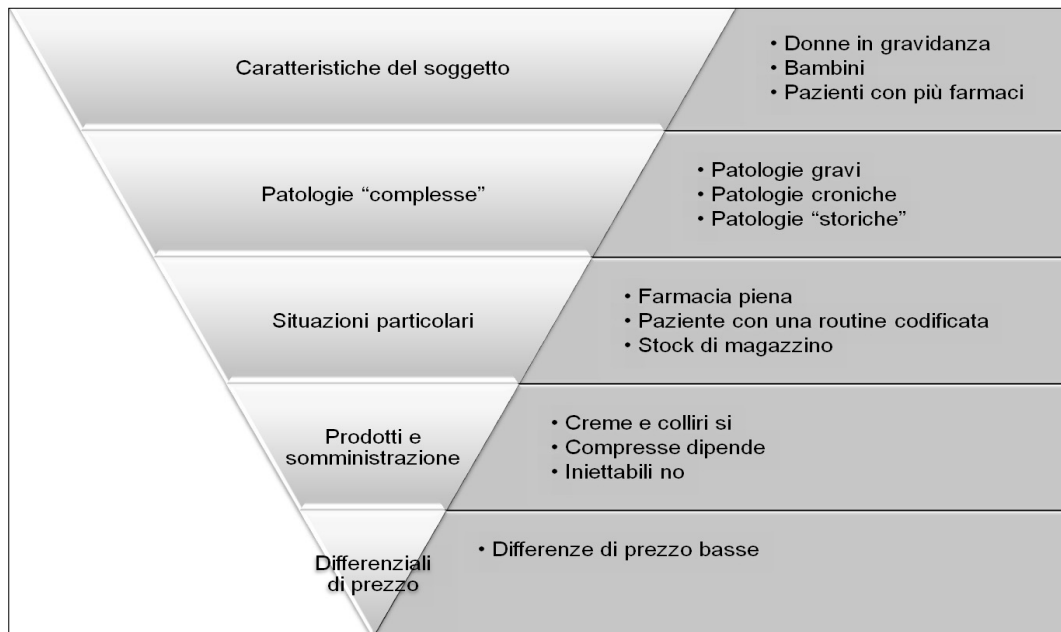
Rispetto allo specifico «momento della verità», la *content analysis* condotta sui farmacisti ha evidenziato che, prima di consigliare il generico, il professionista segue un processo decisionale di tipo *funnel*<sup>5</sup> a cinque stadi (figura 5):

1) in primo luogo verifica che il paziente non abbia delle caratteristiche per le quali, secondo il farmacista, potrebbe insorgere una situazione di rischio nell'utilizzo del generico («Sul paziente che ha le 15 pillole da prendere ogni giorno io preferisco che mantenga la sua linea di terapia ... perché ha il suo schema mentale», «Se il prodotto è per un bambino non propongo il generico»);

2) quindi valuta se il paziente non sia affetto da patologie che egli giudica complesse («... una persona che sta veramente male, un tumore... quello, io mi sento veramente in difficoltà a pensare di proporgli il generico»);

3) il terzo stadio del *funnel* è una valutazione interna alla gestione della farmacia: se la farmacia è piena, piuttosto che in presenza di elevati stock di prodotto di marca il farmacista esclude di consigliare il generico («Faccio fatica quando la farmacia è piena, che devi stare 10 minuti a spiegare, allora non lo propongo», «Quando c'è poco tempo per spiegare ... come quando la farmacia è strapiena hai difficoltà», «Io ho una unica motivazione, quello che ho in casa gli do»);

4) il farmacista valuta poi la forma farmaceutica: si sente più sicuro a sostituire il prodotto di marca con un generico se il prodotto è una crema o un collirio, tende a escludere



**Figura 5**  
Mappa cognitiva - *Funnel*  
per consigliare  
la sostituzione del prodotto  
di marca con il generico

la possibilità di sostituire un iniettabile («In creme e colliri magari ci sono un po' meno eccipienti che puoi scegliere per fare il generico, quindi un po' più simili all'originatore ... è più facile alla comprensione per il paziente, cioè se proprio hai tempo da perdere ti metti lì con due scatole e gli fai vedere ...»);

5) l'ultimo stadio del processo decisionale riguarda infine il differenziale di prezzo («... se la differenza è piccola no, ma se la differenza è alta glielo dico»).

In sintesi, quindi, il generico viene consigliato solo se il paziente denota, o meglio esclude, determinate caratteristiche e non è affetto da patologie gravi, se si verificano condizioni ottimali sul punto di vendita, se il prodotto ha determinate caratteristiche in termini di forma farmaceutica e, infine, se il differenziale di prezzo giustifica, secondo le percezioni del farmacista, la sostituzione.

In merito a quest'ultimo punto, il percepito del farmacista è significativamente differente da quello del consumatore descritto nel paragrafo precedente: secondo il farmacista i valori soglia per l'acquisto si differenziano non per il prezzo complessivo – per il paziente vi era una differenza tra prodotti con un prezzo superiore o inferiore ai 15 euro –, ma per la categoria di farmaco cui afferisco-

no. In particolare, il differenziale soglia è di un euro se il prodotto è OTC, 2 euro se è di fascia C, 4 euro se è di fascia A.

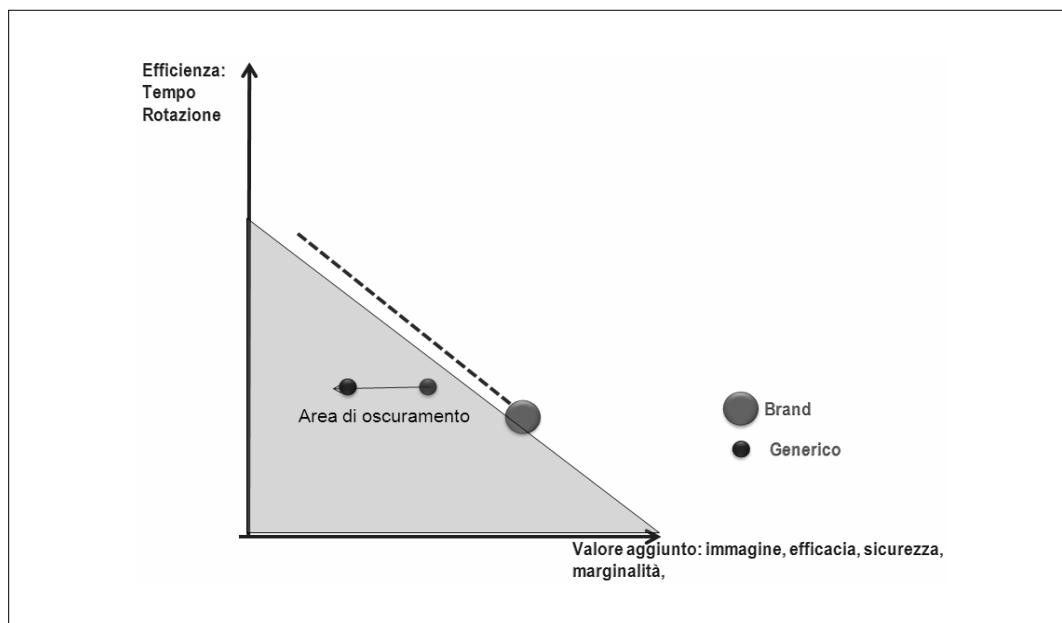
Una volta che il farmacista ha valutato l'opportunità di proporre il farmaco generico, procede a una seconda valutazione, relativa alla scelta del prodotto. Secondo le evidenze della *content analysis*, questa risulterebbe condizionata da tre fattori: in primo luogo l'affidabilità del prodotto, che è a sua volta determinata dalla notorietà del produttore e dalla sua provenienza geografica, quindi il margine commerciale del prodotto e, infine, il suo indice di rotazione.

Come per il consumatore/paziente, anche per il farmacista la scelta tra farmaco generico e farmaco di marca risulta determinata dal rapporto tra valore aggiunto ed efficienza del prodotto, cambiano ovviamente i *driver*. Per quel che concerne il valore aggiunto, i *driver* sono immagine che il prodotto fornisce alla farmacia e alla figura del farmacista, efficacia, sicurezza e marginalità; per quel che concerne l'efficienza, sono tempo da impiegare per la vendita e rotazione del prodotto.

L'efficacia e la sicurezza sono entrambe percepite come dipendenti dalle caratteristiche dell'utilizzatore e dall'affidabilità del produttore, quest'ultima come si è detto misurata in termini di notorietà del produttore e provenienza geografica («... la qualità

Figura 6

Frontiera del valore per il farmacista: *brand vs generico*



delle materie prime che vengono utilizzate, poi la formulazione, come viene formulata la compressa», «la sicurezza e la qualità del prodotto sta appunto in chi l'assembla», «quando io sostituisco cambio con le ditte che conosco altrimenti vengono fuori di quei nomi...», «la roba che fanno in Germania e la roba che fanno in India non è mica lo stesso!»).

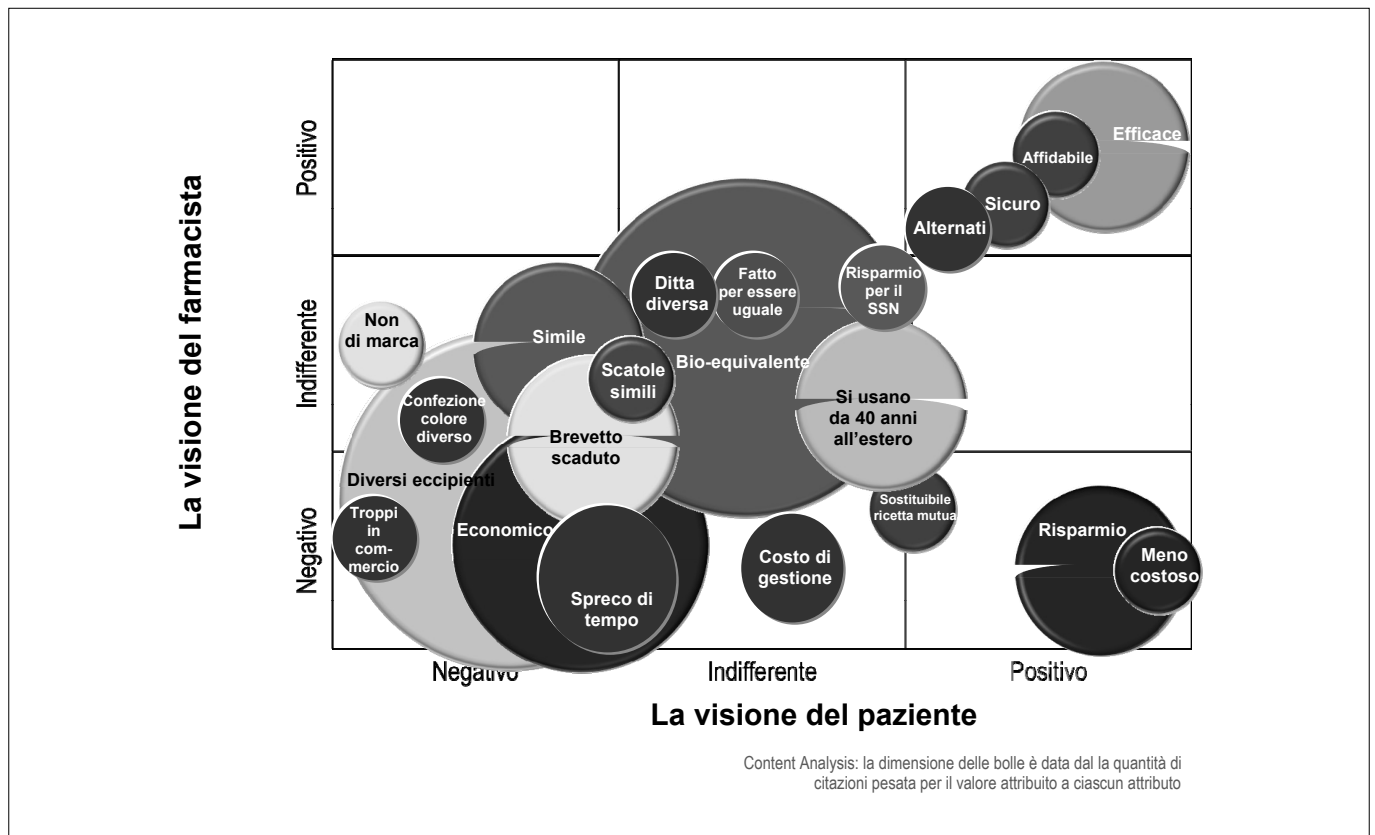
La sicurezza è l'elemento che maggiormente preoccupa il farmacista («... ogni persona può reagire in maniera diversa, non c'è una standardizzazione dei prodotti», «un equivalente è sempre comunque diverso dall'altro... sempre tornando al discorso degli eccipienti che possono comunque modulare, dare allergie e via dicendo, io sono convinta che se una persona si trova bene e non ha effetti collaterali con l'originale, io mantengo quello»).

La figura 6 posiziona il farmaco generico rispetto al prodotto di marca nelle mappe cognitive del farmacista, secondo il medesimo modello della frontiera del valore (D'Aveni, 2000) utilizzato per il consumatore nel paragrafo precedente (vedi figura 4). Anche in questo caso, il generico si posiziona nell'area di oscuramento e il suo posizionamento negli anni si è spostato verso un minore valore aggiunto a seguito della riduzione della marginalità relativa sul farmaco generico,<sup>6</sup> per il quale sono stati vietati gli extra sconti, e del-

la riduzione dei prezzi stabilita negli ultimi mesi a più riprese dall'Aifa.

### 5. Spostare la frontiera del valore: *private label*

Lo studio ha integrato la visione del cittadino con quella dei farmacisti con la rappresentazione delle evidenze della *content analysis* relativa agli attributi associati al farmaco equivalente in una mappa delle percezioni congiunta (figura 7). Questa riporta in ascisse la visione del paziente e in ordinate la visione del farmacista in merito alla loro valutazione in termini di negatività, indifferenza e positività di tali attributi. La dimensione delle bolle è determinata dalla quantità di *reference* associate a ciascun attributo. La loro posizione nel quadrante è stata definita dagli intervistati nel corso dei *focus group*. Nel quadrante in alto a destra, in cui le valutazioni sono positive per entrambi i soggetti, si posizionano solo quattro attributi, per di più tra i meno citati nei *focus group*: efficacia, affidabilità, sicurezza, alternativa al *brand*. Gli attributi «risparmio» e «meno costoso» sono positivi solo per il paziente, ma non per il farmacista per i quali rappresentano una perdita di marginalità e fatturato. La maggior parte degli attributi si posizionano nel quadrante in basso a sinistra, ovvero nell'area negativa per entrambi i soggetti; quello a cui



corrispondono più *reference* è «diversi eccipienti».

La mappa conferma quanto evidenziato in chiusura dei due paragrafi precedenti, ovvero che, nelle condizioni attuali, il farmaco generico risulta «oscurato» dal valore aggiunto della marca nella percezione sia dei cittadini sia dei farmacisti.

Lo studio è stato orientato alla ricerca di elementi che potessero accrescere la percezione di valore aggiunto e di efficienza associata al farmaco equivalente dai due soggetti.

Entrambi spontaneamente hanno evidenziato nel corso dei *focus group* che il generico a marchio insegna consentirebbe di raggiungere questo scopo, e che potrebbe posizionarsi anche al di sopra della frontiera del valore dei prodotti *branded*.

In particolare, i cittadini hanno dichiarato che «le farmacie dovrebbero avere dei prodotti garantiti da un proprio marchio, come li ha Coop», segnalando che «se ci fosse un'insegna di farmacie con un loro marchio i prodotti avrebbero probabilmente una quali-

tà superiore ai generici che attualmente sono in commercio», e questo perché a loro avviso «una catena di farmacia non ti propone un farmaco a suo marchio se non è certa della qualità, altrimenti perde i clienti anche per gli altri prodotti».

A queste affermazioni riconducibili al concetto di fiducia calcolativa (Kramer, Tyler, 1996), ovvero fiducia che si fonda sul fatto che il *trustee*<sup>7</sup> verrebbe danneggiato da un mantenimento delle proprie promesse al *trustor*,<sup>8</sup> hanno aggiunto elementi associabili al concetto di fiducia *knowledge based* (Kramer, Tyler, 1996), ovvero basata sulla continuità della relazione: «mi fiderei sicuramente di più della marca del farmacista perché è un punto di riferimento ed eventualmente saprei con chi prendermela».

La *private label* crea un «effetto alone» della fiducia riposta nel farmacista – che dall'analisi quantitativa risulta essere molto alta: 6.31 su una scala da 1 a 7 – sulla fiducia riposta nel produttore. Ciò ha pertanto un impatto su efficacia e sicurezza associate al

**Figura 7**  
Farmaco equivalente:  
mappa cognitiva congiunta

prodotto, e quindi su i primi due driver del valore percepito del farmaco.

Dall'analisi qualitativa emerge, anche se in misura minore, una relazione con il terzo *driver*: i valori condivisi. Nei casi in cui vi sia identificazione con l'insegna, questa si trasferisce al prodotto che ha lo stesso marchio.

La *private label* sposta anche il posizionamento del generico rispetto all'efficienza percepita: i prodotti a *brand* insegna sono infatti percepiti come più convenienti («i prezzi non li ricordo, ma i prodotti con i marchi dei negozi costano sempre meno»); inoltre viene recepita più disponibile l'informazione («di certo il farmacista, se sono suoi, li conosce bene»).

Nella rappresentazione sul modello della frontiera del valore per il cittadino il generico a marchio insegna esce dall'area di oscuramento del prodotto di marca e, vista la scarsa notorietà dei *brand* di quest'ultimo, potrebbe anche superarlo come sta accadendo in altri settori, dove la fiducia associate alle *private label* note ha superato quella nei marchi (Castaldo, Grosso, 2011), creando una forma di *engagement* ovvero di attaccamento razionale ed emotivo al prodotto.

Per quel che concerne i farmacisti nei *focus group* è emersa una propensione molto elevata a consigliare l'equivalente della propria insegna, se facesse parte di un *network* («Io non sono in grado di valutare tra i generici delle varie case farmaceutiche, a questo punto vado da chi conosco», «Se uno lavora con una rete in particolare vuol dire che comunque si fida. È difficile che uno si sporchi la faccia in questo tipo di lavoro vendendo dei prodotti scarsi. Ovviamente se io faccio parte di un determinato circuito favorisco il mio»). In termini di valore percepito, la *private label* per i farmacisti è associabile ai concetti del modello di frontiera del valore di sicurezza, immagine e marginalità, cui si aggiungono i concetti di fiducia, identificazione e fidelizzazione dei clienti. Pertanto, anche nel loro caso, la percezione diffusa è che la *private label* possa spostare la frontiera del valore, generando in particolare un'efficienza paragonabile a quella del prodotto di marca, ma un valore aggiunto superiore legato al fatto che essa rappresenta uno strumento di riconoscibilità e di fidelizzazione

del cliente finale e determina l'*engagement* dei *retailer* affiliati all'insegna.

In conclusione, dallo studio emerge come il farmaco generico abbia scarse prospettive di crescita, se le condizioni istituzionali e di mercato non mutano in maniera radicale, tuttavia il lancio di nuovi *brand* insegna potrebbe sovvertire la situazione.

Ad oggi, tuttavia, nonostante non siano numericamente poche le farmacie associate a uno stesso *network*-insegna, circa il 22% secondo uno studio del 2011 dell'Osservatorio sull'evoluzione della professione FOFI - SDA Bocconi, solo in una minima parte di essa l'insegna è visibile al cittadino e quindi è coerente con il successo della *private label*. D'altra parte il processo di liberalizzazione in atto potrebbe da un lato portare a un'estensione della gamma dei prodotti farmaceutici a *private label* della GDO, ad oggi limitati a poche referenze di OTC, dall'altro spingere i farmacisti a rafforzare i propri *network*. Il processo di modernizzazione della distribuzione del farmaco potrebbe accrescere in futuro la sua autonomia in termini di *marketing* dalle imprese industriali. Oggi, infatti, le ridotte dimensioni degli intermediari e le loro scarse conoscenze in termini di *marketing management* rendono le imprese commerciali del settore farmaceutico dei soggetti passivi all'interno del canale distributivo. Di recente si avvertono, però, i primi deboli segnali di un processo evolutivo in grado di determinare un radicale mutamento di tale situazione.

L'evoluzione delle capacità di *marketing* delle imprese commerciali le porta a sviluppare linee di prodotti propri, le *private label*, e a gestire in modo sempre più autonomo la relazione con la clientela. Queste tendenze, secondo il parere di molti, potrebbe determinare, in assenza di un'adeguata reazione da parte delle imprese industriali, una situazione in cui i distributori potrebbero essere nelle condizioni di controllare la parte più significativa delle politiche di mercato di canale, anche quelle relative all'offerta industriale (mediante un *branding* distributivo di tipo evoluto), determinando così uno slittamento a valle delle funzioni di *marketing*, di *brand management* e, più in generale, di gestione della relazione con la domanda. Di conseguenza potrebbero configurarsi i presupposti per un diverso *sharing* del valore



generato dal canale nel suo complesso, fra gli attori che lo costituiscono e una radicale ridefinizione delle relazioni che li legano. Lo sviluppo delle *private label* rappresenta un'area critica delle strategie di crescita delle imprese commerciali. Esso induce, infatti, il passaggio verso un'attività di *branding* propria a livello distributivo, ponendo i distributori in concorrenza orizzontale con i propri fornitori industriali, determinando scenari competitivi completamente nuovi nella *supply chain* del farmaco.

E questo mutamento nei rapporti di potere lungo la filiera potrebbe favorire lo sviluppo del mercato del generico come, in altri settori, ha determinato la crescita dei mercati non di marca.

## Note

1. I farmaci generici o equivalenti sono quei medicinali non più coperti da brevetto o da certificato di protezione complementare, che a differenza delle specialità medicinali vengono commercializzati direttamente con il nome del principio attivo. Per essere più precisi, ed evitare confusioni tra i possibili sinonimi, si utilizza la Denominazione Comune Internazionale (DCI), che è una contrazione del nome chimico, di solito troppo lungo, accettata da tutte le nazioni, seguita dal nome dell'azienda che produce il medicinale. Esattamente come la specialità medicinale da cui derivano, detta *originator*, i medicinali generici possono essere sia da banco (OTC) e dunque acquistabili liberamente in farmacia o in altri canali in cui sia presente il farmacista, sia prescrivibili; in questo caso sarà necessaria, come per la specialità medicinale corrispondente, la ricetta medica e saranno acquistabili solo in farmacia. Il generico deve essere per legge «bioequivalente» alla specialità medicinale registrata, deve cioè avere lo stesso principio attivo presente nella medesima dose, la stessa forma farmaceutica, la stessa via di somministrazione, e le stesse indicazioni terapeutiche. Per queste sue caratteristiche il generico è sicuro ed efficace, come già dimostrato dall'azienda che deteneva il brevetto della specialità medicinale, e quindi la procedura per ottenere l'autorizzazione all'immissione
2. Si definiscono marche commerciali, marche private o *private label* tutti quei prodotti che, anziché col nome o col marchio del fabbricante, vengono proposti al consumatore con un marchio o nome di proprietà di un distributore che ne garantisce direttamente il livello qualitativo (Carmignano, 1993).
3. In Europa il valore medio di penetrazione della *private label* è del 35%, e raggiunge livelli intorno al 50% in Paesi come la Svizzera, dove ha la quota del 52% delle vendite (PLMA 2010).
4. Attualmente in Italia l'unica linea di generici con un *brand* di proprietà di un distributore è quella a marchio Almus, delle farmacie che fanno capo al gruppo di distribuzione intermedia internazionale *Alliance Healthcare*, ma non può considerarsi a tutti gli effetti una *private label* in quanto ha un *brand* differente da quello del *network* di farmacie e viene venduta anche al di fuori del *network* stesso.
5. Nel *marketing* si definiscono modelli di tipo *funnel* i modelli che descrivono processi di vendita di un prodotto strutturati «a imbuto»: in un primo stadio chi vende si confronta con l'intero mercato potenziale, quindi segue una sorta di «scrematura» che riduce le dimensioni del mercato.
6. Tra le ultime disposizioni che hanno ridotto prezzi e marginalità del farmaco equivalente si fa riferimento al decreto legge 39/2009 e al decreto legge 78/2010. Quest'ultimo in particolare ha previsto che, a decorrere dal 2011, l'Agenzia nazionale del farmaco (Aifa) stabilisse un prezzo massimo di rimborso per i medicinali equivalenti, collocati in classe A, a parità di principio attivo, di dosaggio, di forma farmaceutica, di modalità di rilascio e di unità posologiche. Tali limiti di rimborso sono stati determinati dall'Aifa sulla base di una ricognizione dei prezzi vigenti nei Paesi dell'Unione europea e in misura idonea a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro annui. La delibera Aifa del 30 marzo 2011 ha reso operativa tale misura. Come Paesi di riferimento sono stati prescelti Germania, Regno Unito, Francia e Spagna, mentre il taglio massimo è stato fissato al 40 per cento dei listini, prevedendo un taglio dell'8 per cento anche per i farmaci i cui prezzi sono già allineati a quelli dei Paesi di riferimento.
7. Soggetto nel quale si ripone la fiducia, nel caso specifico il farmacista.
8. Soggetto che ripone la fiducia nel *trustee*, nel caso specifico il cittadino-cliente della farmacia.

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

- ACOCCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, Franco Angeli, Milano.
- AMATURO E. (1993), *Messaggio simbolo comunicazione. Introduzione all'analisi del contenuto*, la Nuova Italia scientifica, Roma.
- AMATURO E., KLEING G. (1989), «Dalle parole ai numeri: alcune considerazioni sul software per l'analisi dei testi nella ricerca sociale», *Atti del convegno Ricerca qualitativa e computer nelle scienze sociali*, Enea, pp. 101-126.
- BAGOZZI R.P., YI Y., PHILLIPS L.W. (1991), «Assessing construct validity in organization research», *Administrative Science Quarterly*, 36 (3), pp. 421-458.
- BAILEY K.D. (1982), *Methods of social Research*, The Free Press, New York.
- BEVERLAND M., FARRELLY F., WOODHATCH Z. (2004), «The role of value change management in relationship dissolution: hygiene and motivational factors», *Journal of Marketing Management*, 20 (9/10), pp. 927-939.
- BOURGEIS III L.J., EISENHARDT K. (1988), «Strategic decision processes in high velocity environments: four cases in the microcomputer industry», *Management Science*, 34 (7), pp. 816-835.
- CARMIGNANO G. (1993), *La marca commerciale. Il ruolo della «Private label» nella distribuzione moderna*, Etas, Milano.
- CASTALDO S., GROSSO M. (2011), «National brand vs. retail brand: un'analisi comparata», Report di ricerca Osservatorio Retail SDA Bocconi.
- D'AVENI RICHARD A. (2010), *Commodity trap. Sconfiggere le insidie della «banalizzazione» dei prodotti*, Franco Angeli, Milano.
- GRÖNROOS C. (2000), *Service management and Marketing. a customer relationship management approach*, Chichester, UK.
- GUENZI P., JOHNSON M.D., CASTALDO S. (2009), «A comprehensive model of customer trust in two retail stores», *Journal of Service Management*, 20 (3), pp. 290-316.
- GUENZI P., GEORGES L. (2010), «Interpersonal trust in commercial relationships. antecedents and consequences of customer trust in the salesperson», *European Journal of Marketing*, 44 (1/2), pp. 114-138.
- KRAMER R.M., TYLER T.R. (1996), *Trust in organizations: frontiers of theory and research*, Sage, Thousand Oaks.
- MALLARINI E. (2011), *Farmacista. Il futuro della professione*, Franco Angeli, Milano.
- MOLTENI L., TROILLO G. (2003), *Ricerche di marketing*, McGraw-Hill, Milano.
- MORGAN (1996), «Focus Groups», *Annual Review of Sociology*, vol. 22, pp. 129-152.
- NOVAK J.D. (2001), *L'apprendimento significativo*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- PLMA (2011), *Private Label Yearbook*.
- STRAUSS A.L., CORBIN J. (1998), *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- YIN R. (1984), *Case study research: design and method*, Sage, Beverly Hills, CA.

**Sitografia**

[www.aifa.it](http://www.aifa.it)  
[www.assogenerici.it](http://www.assogenerici.it)  
[www.egagenerics.com/](http://www.egagenerics.com/)  
[www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)  
[www.generici.com](http://www.generici.com)  
[www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)

## BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

**Metodologia della ricerca**

- BRYMAN A. (1988), *Quantity and quality in social research*, London, Unwin Hyndman Ltd.
- DE SOLA POOL I. (1959), *Trend in content analysis*, University of Illinois Press, Urbana.
- FIELDING N.G., LEE R.M. (1991), *Using computers in qualitative research*, Sage, London.
- GOODE W.J., HATT P.K. (1952), *Methods in social research*, McGraw-Hill, New York.
- ID (1985), *Basic Content analysis*, Sage, Beverly Hills, CA.
- LOSITO G. (1993), *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano.

**Farmaco equivalente**

- ARONSSON T., BERGMAN M.A., RUDHOLM N. (2001), «The impact of generic drug competition on brand name market share», *Review of Industrial Organization*, 19, pp. 425-435.
- CHERUBINI M., GIANI F. (2010), «Farmaco generico: un cammino lungo dieci anni», *Il Sole 24Ore Sanità. «Libro Bianco sulla Distribuzione di Farmaci in Italia»* (2007).
- JOMMI C. (2001), *Pharmaceutical policy and organization of the regulatory authorities in the main EU countries*, Egea, Milano.

**Fiducia**

- ABELSON J., MILLER F.A., GIACOMINI M. (2009), «What does it mean to trust a health system? A qualitative study of canadian health care values», *Health Policy* 91 (1): 63-70.
- ANDALEEB S.S. (1998), «Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model», *International Journal Health Care Quality Assurance*, 11 (6), pp. 181-187.
- CASTALDO S. (2007), *Trust in market relationships*, Edward Elgar, Cheltenham.
- HALL M.A., CAMACHO F., DUGAN E., BALKRISHNAN R. (2002), «Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues», *Health Services Research*, 37 (5), pp. 1419-1439.
- MALLARINI E. (2004), *Fiducia in sanità: non solo marketing*, Egea, Milano.

- MARTIN G.S. (1991), «The Concept of trust in marketing channel relationships: a review and synthesis», in M. Gilly *et al.*, *Enhancing knowledge development in marketing*, American Marketing Association, Chicago, pp. 251-259.
- MITRA K., REISS M.C., CAPELLA L.M. (1999), «An examination of perceived risk, information search and behavioral intentions in search, experience and credence services», *Journal of Service Marketing*, 13 (3), pp. 208-228.
- MOORMAN C., DESHPANDÉ R., ZALTMAN G. (1993), «Factors affecting trust in market research relationships», *Journal of Marketing*, 57 (1), pp. 81-101.
- PEARSON S.D., RAEKE L.H. (2000), «Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data», *Journal of General Internal Medicine*, 15 (7), pp. 509-513.
- SIRDESHMUKH D., SINGH J., SABOL B. (2002), «Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges», *Journal of Marketing*, 66 (1), pp. 15-37.
- WONG A., SOHAL A. (2002), «An examination of the relationship between trust, commitment and relationship quality», *International Journal of Retail & Distribution Management*, 30 (1), pp. 34-50.
- ZAHEER A., MCEVILY B., PERRONE V. (1998), «Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance», *Organization Science*, 9 (2), pp. 141-159.
- ZHENG B., HALL M.A., DUGAN E., KIDD K.E., LEVINE D. (2002), «Development of a scale to measure patients' trust in health insurers», *Health Services Research*, 37 (1), pp. 187-202.
- Consumer & Pharmacist/Retailer Behaviour**
- FOX E.J., MONTGOMERY A.L., LODISH L.M. (2004), «Consumer shopping and spending across retail formats», *Journal of Business*, 77 (2), pp. 25-60.
- GANESAN S. (1994), «Determinants of long-term orientation in buyer-seller relationships», *Journal of Marketing*, 58 (2), pp. 1-19.
- NELSON P. (1970), «Information and consumer behaviour», *Journal of Political Economy*, 78 (2), pp. 311-329.
- SCHIFFMAN L.G., KANUK L.L. (2007), *Consumer behaviour*. New York: Pearson.
- SEIDERS K., VOSS G.B., GREWAL D., GODFREY A.L. (2005), «Do satisfied customers buy more? Examining moderating influences in a retailing context», *Journal of Marketing*, 69 (4), pp. 26-43.
- Private Label**
- AGNIHOTRI R., RAPP A., TRAINOR K. (2009), «Understanding the role of information communication in the buyer-seller exchange process: antecedents and outcomes», *Journal of Business & Industrial Marketing*, 24 (7/8), pp. 474-486.
- ALLENBY, GREG M., ROSSI P.E. (1991), «Quality perceptions and asymmetric switching between brand», *Marketing Science*, 10 (Summer), 3, p. 185.
- ANDERSON J.C., NARUS J.A. (1990), «A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships», *Journal of Marketing*, 54 (1), pp. 42-58.
- DUNNE D., CHAKRAVARTHI N. (1999), «The new appeal of private labels», *Harvard Business Review*, 77 (3), pp. 41-52.
- FOSCHT T., ANGERER T., MOAZEDI M.L. (2006), «Customer satisfaction and the austrian pharmacy retailing industry seen from a growth-oriented perspective», *European Retail Digest*, 50, pp. 31-36.
- HOCH S.J., SHUMEET B. (1993), «When do private labels succeed?», *Sloan Management Review*, 34 (4), pp. 57-67.
- NENYCYZ-THIEL M., BYRON S., DAWES J., ROMANIUK J. (2010), «Competition for memory retrieval between private label and national brands», *Journal of Business Research*, 63 (11), pp. 1142-1147.
- PLMA (2010), *Private Label Yearbook*.
- QUELCH J.A., HARDING D. (1996), «Brands versus private labels: fighting to win», *Harvard Business Review*, 74 (1), pp. 99-109.
- RAJU JAGMOHAN S., SETHURAMAN R., DHAR SANJAY K. (1995), «The introduction and performance of store brands», *Management Science*, 41 (6), pp. 957-978.
- ROACH L. (1995), «Mapping the future for private labels», *Discount Merchandiser*, 35 (11), p. 64.
- SAYMAN S., HOCH S.J., RAJU JAGMOHAN S. (2002), «Positioning of store brands», *Marketing Science*, 21 (4), pp. 378-397.
- UNCLES M.D., ELLIS K. (1989), «The buying of own labels», *European Journal of Marketing*, 23 (3), pp. 57-70.

**Rivista aperta a contributi**

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

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

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

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

**Invio dei contributi**

I contributi devono essere inviati a:

**Redazione Mecosan**

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

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

**Formato e stile**

Carattere: times new roman 12

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

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

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

**Titoli dei paragrafi**

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

**Lunghezza articoli**

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

**Tabelle, grafici e figure**

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

**Note**

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

**Riferimenti bibliografici**

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

**Monografie**

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

**Pubblicazioni con più autori**

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

**Saggi in pubblicazioni**

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

**Articoli in riviste**

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

**Rapporti/Atti**

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

**Non pubblicati**

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

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

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

# L'ABC e il benchmarking di processo nella valutazione delle attività di day surgery

SALVATORE RUSSO

*In the perspective of observation and analysis of the logics inspiring the hospital supply, the paper focuses on the use of management accounting tools such as activity-based costing (ABC) and benchmarking to compare processes and costs in the case of the day surgery (DS) procedures, managed by operational units within the hospital departments (for the ordinary stay), with those ones managed inside operationally autonomous units. To this end, the paper highlights the significant steps and the preliminary results performed by an ongoing project in the Veneto Region, for which the methodological lines have been detected in each analyzed dimension. It comes to a conclusion about the convenience of pursuing an organizational review.*

Keywords: abc, benchmarking, day surgery

Parole chiave: abc, benchmarking, day surgery

## Note sull'autore

Salvatore Russo è Ricercatore presso il Dipartimento di Management, Università Ca' Foscari di Venezia, salvus@unive.it

## Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Mauro Bonin, Dirigente dell'ARSS Veneto, per il contributo all'impianto metodologico della ricerca, le dott.sse Samanta Burato e Silvia Miatello che hanno collaborato alla rilevazione e all'elaborazione dei dati. Si ringraziano, infine, i referee per avere stimolato con le critiche e i suggerimenti l'arricchimento delle riflessioni teoriche

## 1. Introduzione

Nelle logiche di monitoraggio dei processi delle aziende sanitarie, l'apporto degli studi di economia aziendale si è rivelato nel tempo di cruciale importanza nell'offrire metodi e tecniche di rilevazione, misurazione e gestione agli operatori sanitari, irrompendo in una cultura estranea e il più delle volte ostile, come quella medico-clinica, e coinvolgendo progressivamente le diverse categorie di attori presenti nel governo del sistema. Talune forme di collaborazione sono esitate non di rado nella realizzazione di progetti con risultati in grado di modificare le prassi abituali e suggerire, soprattutto in quelle strutture operative più permeabili al cambiamento, l'adozione di nuovi modelli, mediante strumenti di analisi e comparazioni, tipicamente usati nel sistema d'impresa. Considerando il ruolo che attualmente i sistemi di programmazione e controllo rivestono nelle aziende sanitarie e ospedaliere, l'articolo concentra l'attenzione sull'utilizzo del *benchmarking* e dell'*activity based costing (ABC)* per confrontare i processi e i relativi costi nel caso di ricoveri in regime di *day surgery (DS)*, effettuati da unità operative ritagliate all'interno di reparti ospedalieri destinati ai ricoveri ordinari, con quelli effettuati all'interno di unità appositamente allestite e operativamente autonome. A tal fine sono state evidenziate le linee metodologiche relative a ciascuna dimensione analizzata (attività, risorse, produttività, qualità e prassi), agganciandosi a un progetto *in itinere* nella Regione Veneto, di cui si mostrano le fasi salienti e i primi risultati prodotti. Il contributo è rappresentato dal metodo di analisi proposto che si sviluppa lungo i processi e le attività di particolari prestazioni

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'applicazione dell'ABC nelle aziende sanitarie
3. ABC e *benchmarking* di processo nelle strutture ospedaliere
4. Un progetto regionale basato sul *benchmarking* di processo e il sistema ABC
5. Considerazioni finali

ospedaliere e fornisce degli utili suggerimenti sulla loro riprogettazione a vantaggio sia delle strutture erogatrici – che possono trarre un concreto beneficio economico e organizzativo nel trasferimento di procedure dal regime ordinario a quello diurno – sia dei pazienti che possono avvantaggiarsi di una riduzione dei tempi di degenza e delle liste d'attesa, con un sensibile miglioramento della qualità delle cure. Si dimostra così come gli strumenti contabili e le tecniche di misurazione dei risultati, coniugati con le competenze dei professionisti, possono incidere sui modelli organizzativi e sulla qualità del servizio erogato, migliorandoli e adeguandoli al livello di evoluzione tecnologica e di consolidamento delle conoscenze acquisite.

## 2. L'applicazione dell'ABC nelle aziende sanitarie

### 2.1. ABC *versus* sistemi di calcolo di costo per centri di responsabilità

Tra i diversi approcci proposti per l'analisi dei costi nelle aziende sanitarie, indubbiamente quello dell'*activity-based costing* (ABC), per sua natura più incline, rispetto ai sistemi contabili tradizionali, a captare le dinamiche dei processi sanitari e clinici, ha trovato ampio consenso, seppur non privo di critiche (Chan, 1993; Young, 2007; Devine *et al.*, 2008). È noto, nella letteratura sul *cost management*, come l'applicazione dell'ABC sia principalmente suggerita in quegli ambienti caratterizzati da un'elevata presenza di *overhead cost* insieme con un elevato numero di attività svolte da professionisti, e necessari, per questa ragione, dell'attivazione di un sistema informativo-contabile capace di incidere sul complesso delle operazioni che sottostanno a ogni processo produttivo, con un effetto sulle decisioni sia di ordine *routinario* che strategico. Dal canto loro, i modelli tradizionali di analisi dei costi (sistema del calcolo dei costi per centri di responsabilità per la determinazione del costo di prodotto), come emerge dagli studi da cui si è poi originata come strumento di analisi la tecnica dell'ABC, non consentono di soddisfare adeguatamente le condizioni informative di supporto a un effettivo controllo poiché non garantiscono il grado di dettaglio necessario alla determinazione dei costi, soprattutto in

condizioni di elevata complessità (Cinquini, 2003, p. 129, cfr. Johnson, Kaplan, 1987). Ne consegue che, pur essendo meno costosi nella loro implementazione – dunque sotto il profilo del recupero dei dati contabili necessari e del loro computo – comportano numerose distorsioni nella fase di definizione del costo di produzione,<sup>1</sup> privandolo dell'effettiva valenza strategica che dovrebbe possedere (Cooper, 1988-b; Kaplan, Atkinson, 2002; Ross, 2004). Secondo Cooper, Kaplan (1992) i sistemi contabili tradizionali si concentrano sulla fornitura o sulla disponibilità di risorse acquistate che rendono possibili i prodotti o servizi, mentre l'ABC valuta il costo delle risorse effettivamente utilizzate dalle attività. Il collegamento tra questi due approcci differenti è la capacità inutilizzata<sup>2</sup> (cfr. Dowless, 1997). Il problema più rilevante circa l'utilizzo dei sistemi tradizionali di controllo dei costi, soprattutto in campo sanitario, riguarda, quindi, la scarsa utilizzabilità dei dati da essi forniti nell'elaborazione delle decisioni e poi nella gestione organizzativa. Si tratta di criticità legate, in particolare, al riparto di valori relativi a risorse non divisibili che vanno a supportare processi produttivi, per definizione eterogenei, e che si prestano invece a un'analisi di tipo orizzontale, fondata sulle attività (Ramsey, 1994; Åhlfeldt *et al.*, 2002). È dunque a causa dei summenzionati limiti che, sin dall'inizio degli anni '90, si è verificato uno spostamento d'attenzione verso l'ABC.

### 2.2. ABC nelle aziende sanitarie da tecnica contabile a sistema di management

Diversi sono stati gli studi che hanno individuato in questo metodo un sistema sostenibile anche in sanità. Tra questi, Chan (1993) ha affermato come la combinazione del metodo ABC con i costi standard ospedalieri possa offrire un'opportunità di miglioramento dei processi di pianificazione e programmazione, nonché del controllo delle prestazioni erogate. È stato evidenziato però, in modo del tutto condivisibile, come un sistema ABC possa essere implementato solo se il valore dei miglioramenti è superiore agli oneri determinati dall'avvio di una procedura complessa di rilevazione come quella in questione. A favore dell'affermazione del sistema ABC, è stato sostenuto come esso

possa costituire uno strumento attraverso cui far competere gli ospedali pubblici con le grandi imprese sanitarie private e soprattutto favorire la competizione in quegli ambiti in cui si sono sviluppati veri e propri mercati interni, facendo comprendere quale sia il ruolo della corretta informazione per il management (Udpa, 1995; Ellwood, 1996). La capacità dell'ABC di garantire un supporto informativo efficace circa i fabbisogni conoscitivi aziendali deriva dal fatto che le sue potenzialità come sistema di calcolo dei costi sono individuate non soltanto nella possibilità di quantificare in maniera soddisfacente il costo della prestazione, evitando le problematiche dei sistemi tradizionali di rilevazione, ma soprattutto nell'opportunità di far emergere la struttura del costo sulla base delle sequenze di attività che sono state necessarie per l'ottenimento di ciascuna prestazione. Nel caso della gestione ospedaliera, la tecnica permette di individuare le variabili utilizzabili dai responsabili delle unità operative per la razionalizzazione dei processi e delle attività, al fine di migliorarne i risultati, sia dal punto di vista dell'efficienza, sia da quello dell'efficacia e della qualità (Lin *et al.*, 2007). Il sostegno all'applicazione dell'ABC in sanità deriva tanto dalla flessibilità dello strumento contabile, ritenuto applicabile a tutti i livelli di cura, quanto dalla metodologia che, se ben implementata, può adattarsi al complesso dei servizi sanitari, rispondendo alle esigenze di ciascuna struttura erogatrice. L'orizzonte operativo dell'ABC riveste un duplice significato costituendo sia un mezzo per l'*assegnazione verticale* dei costi, sia uno strumento di *performance orizzontale*, favorendo il management nell'analisi delle cause generatrici degli *activity driver* e dei *cost driver*.

L'implementazione di questo strumento in ambito sanitario, integrato con un orientamento gestionale all'utilizzo delle informazioni da esso derivanti, colma la *gap* esistente tra l'attenzione amministrativa verso i costi e l'efficienza economica, che in genere contrasta con l'opinione medica professionale focalizzata, invece, sulla qualità dei trattamenti clinico-terapeutici. In realtà, nell'osservazione applicativa dell'ABC si è fatta strada l'idea che lo spostamento di attenzione dal prodotto (contabilità per centri costo) al processo (ABC) dovrebbe indur-

re tanto a favorire il momento di rilevazione contabile quanto a enfatizzare le attività nella dimensione gestionale del processo, ben coniugandosi col sistema di pagamento prospettico introdotto attraverso i Drg (Chua, Degeling, 1993; Ellwood, 1996; Casati, 2000). Del resto Johnson (1988), nel proporre un'integrazione tra modelli di rilevazione dei costi imperniati sulla contabilità delle attività ha sottolineato il fatto che chi opera in azienda non gestisce costi ma *attività e processi* e pertanto l'applicazione di una logica contabile non può essere avulsa dall'applicazione di una logica manageriale ispirata ai medesimi principi della prima. Quanto appena affermato significa che, per incidere significativamente sulla gestione, l'ABC dovrebbe essere collegato a una logica di *activity-based management*<sup>3</sup> (ABM) quale rappresentazione, proprio nello specifico caso della gestione ospedaliera, di una logica di processo in cui le singole prestazioni vengono scomposte nell'insieme di operazioni e attività necessarie per il trattamento clinico del paziente. In tal caso si parla anche di *activity-based management and accounting* (ABMA) che costituisce «il sistema di contabilità direzionale integrata in grado di fornire informazioni adeguate alla gestione dei processi gestionali nella logica del *cost management*, consentendo un'adeguata interiorizzazione degli obiettivi di miglioramento del processo e un effettivo orientamento degli operatori aziendali alla loro concreta realizzazione» (Toscano, 1995, p. 16; cfr. Kaplan, Atkinson, 2002). Ciò permette di razionalizzare la sequenza diagnostico-terapeutica e assistenziale grazie al possibile intervento sui *driver* individuati come fattori generatori di costo, per eliminare (o quanto meno ridurre) le inefficienze e incrementare il valore della prestazione per l'utente finale. Con questa valenza interpretativa, l'ABC non costituisce solo un sistema contabile innovativo, ma un mezzo mediante cui trasformare un modello gestionale per funzioni in un modello per processi. L'ABM è, infatti, la tecnica che permette di sfruttare la conoscenza dell'organizzazione delle attività, per poi individuare i *driver* di costo, adattandosi completamente con il *process driven* organizzativo. Il potenziale dell'ABM si fonda sui dati forniti dalla rilevazione dei costi con il metodo *activity-based* e può portare

a vantaggi reali per decisioni di gestione dei processi, soprattutto legate al miglioramento delle aree di qualità e al monitoraggio dei costi nell'area ospedaliera. La presa in considerazione di questo sistema è riconducibile al fatto che:

- l'ospedale in maniera crescente è chiamato a porre attenzione alla qualità erogata;
- il sistema in evoluzione per la gestione delle prestazioni interne comincia a integrare la pianificazione aziendale e il monitoraggio delle attività con l'obiettivo di definire processi coerenti con le proprie esigenze.

Per le caratteristiche riscontrate all'interno delle strutture sanitarie, spesso molto complesse, che si relazionano con persone bisognose di cure le cui esigenze assumono il carattere della specificità, è favorito un approccio che dia maggior attenzione ai processi produttivi e organizzativi piuttosto che alla sola componente funzionale.

Ross (2004) ha, invece, enfatizzato la capacità dell'ABC di identificare aree in cui possa essere raggiunto un costo obiettivo per la gestione della domanda dei pazienti e per ottimizzare una prestazione o un servizio erogato, mettendo in guardia però che qualora l'ABC venga utilizzato solo per mero esercizio contabile non porta ai benefici attesi. E ciò conduce a esaminare, insieme con i vantaggi che possono derivare dal suo utilizzo, le ragioni che accompagnano un certo scetticismo nell'introduzione del metodo ABC all'interno delle organizzazioni sanitarie qui di seguito sintetizzate:

- il suo impiego, da un lato contiene un grosso potenziale per l'eliminazione degli sprechi, dall'altro lato richiede uno sforzo cospicuo e una formazione specialistica per comprenderne i principi e le metodologie, e dunque per fare un corretto utilizzo delle informazioni;
- il riscontro di elevate problematiche nella disponibilità dei dati, la cui raccolta è particolarmente dispendiosa sotto il profilo economico e complessa sotto il profilo organizzativo;
- la resistenza nel considerare la metodologia ABC come un sistema gestionale integrato – anche rispetto alle considerazioni che si faranno in seguito – e le conseguenti dif-

ficoltà nel continuare ad applicarlo qualora lo s'intenda usare come semplice strumento contabile.

Ulteriori criticità deriverebbero dalla scarsa disponibilità delle organizzazioni sanitarie a un'adozione interna conseguenti alle difficoltà tecniche e comportamentali (Brown, 1999, Shields, 2001) e non ultima la paventata incompatibilità tra l'utilizzo di questo strumento e le esigenze del settore pubblico che lascerebbero più di un dubbio sull'impatto che l'applicazione dell'ABC può generare sull'allocazione delle risorse in ambito sanitario (Arnaboldi, Lapsley, 2004; Lawson, 2005). In realtà per ovviare a taluni di questi svantaggi, in particolare a quelli derivanti dalla complessità nella raccolta delle informazioni, recentemente è stata avanzata l'applicazione di un adattamento del sistema ABC, con un fattore di correzione dato dal tempo, il cosiddetto *Time Driven Activity-Based Costing (TDABC)*. Con questo metodo i manager hanno l'opportunità di stimare il fabbisogno di risorse richiesto da ogni tipo di operazione, prodotto o cliente piuttosto che assegnare i costi delle risorse prima alle attività e poi al prodotto o ai clienti. La cosa che più rileva è che per ogni gruppo di risorse è richiesta soltanto la stima di due parametri ovvero il costo per unità di tempo della capacità di offerta delle risorse e la capacità delle risorse di consumare tempo per prodotti, servizi e clienti (Kaplan, Anderson, 2004). Nel caso delle prestazioni sanitarie, partendo dal valore che assume ciascuna prestazione e dal fatto che il perseguimento dell'efficienza è unanimemente riconosciuto come l'elemento in grado di garantire la qualità del servizio offerto, l'adattamento del TDABC contempla la ricostruzione del percorso del paziente, tenendo conto di tutti i tipi di attività che contribuiscono a una determinata prestazione (attività medico-cliniche, attività amministrative ecc.) e la determinazione di due parametri consistenti rispettivamente nel costo per ciascun caso delle singole risorse consumate e nella quantità di tempo che il paziente utilizza con riferimento a una determinata risorsa in una data fase del percorso. Ciò consente di determinare il *cost capacity rate for resource* (tasso di capacità di costo per ciascuna risorsa) dato dal rapporto tra le spese complessive attribuibili alla risorsa e



la capacità disponibile della risorsa in quella determinata fase del percorso (Kaplan, Porter, 2011, p. 51)

### 3. ABC e *benchmarking* di processo nelle strutture ospedaliere

Al fine un miglioramento delle prassi organizzative e funzionali si presenta sempre più spesso, nell'ambiente sanitario, la necessità di un confronto sistematico dei processi utilizzati dalle varie aziende o unità operative, operanti in ambito ospedaliero. Ciò avviene principalmente per due ordini di motivi. Da un lato, si cerca di esaminare i costi generati dai diversi percorsi di cura per calcolare l'ammontare di risorse consumate, dall'altro lato si tende a ridisegnare taluni percorsi, confrontando diverse esperienze interne per eliminare le attività considerate ininfluenti ai fini del buon esito e della qualità della prestazione. La coniugazione dei vantaggi derivanti dall'adozione di un sistema di ABC/M con strumenti di confronto tra situazioni analoghe sembra essere la via preferibile per implementare un vero e proprio *benchmarking* e dimostrare «cosa» può essere cambiato e «come» ai fini di un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza.

Tipicamente il *benchmarking*, quale strumento di innovazione dei processi, può essere utilizzato con diversi approcci secondo una classificazione ormai consolidata in letteratura<sup>4</sup> cui vanno aggiunte le specificità di quelli comunemente accettati, come il *benchmarking di processo* che si concentra sulla ricerca delle migliori prassi manageriali lungo il flusso di attività che attraversano le aree funzionali e il *benchmarking strategico* che fornisce un metodo per studiare il sistema azienda nella sua globalità e per assicurare che i fabbisogni del cliente vengano adeguatamente considerati (Miller *et al.*, 1992). L'attenzione che attualmente viene posta in ambito sanitario ai percorsi di cura, nei quali sempre più le competenze mediche devono tener conto delle esigenze di tipo economico, dipende da due fattori principali, ovvero la *fonte di attivazione* e le *forme adottate*. Quanto al primo fattore, esistono due modelli con cui il sistema delle aziende sanitarie, nel caso italiano, è divenuto oggetto di riferimento, il *benchmarking top-down* e il *benchmarking bottom-up*. Il primo

è generalmente promosso da «osservatori, nazionali e regionali, che periodicamente sottopongono a indagine l'attività svolta da tutti i soggetti operanti nel Ssn [...] al fine di guidare dall'alto un percorso di riforma o un semplice insieme di cambiamenti» (Bensa, Carbone, 2007, p. 412). I vantaggi di questa forma possono consistere nell'ottenimento di informazioni che vengono normalizzate al fine di ottenere una visione globale del sistema, riducendo la loro significatività nell'analisi di situazioni specifiche (cfr. Del Vecchio, Galli, 2005). La seconda forma nasce invece come esigenza di un'azienda o di un gruppo di aziende, il più delle volte facente capo alla stessa Regione e pertanto con problematiche simili, che costituiscono *team* per l'analisi e il confronto di determinate procedure suscettibili di miglioramento, con il rischio però, in mancanza di condivisione da parte dell'organizzazione, che i risultati ottenuti rimangano semplicemente un'informazione aggiuntiva senza che producano gli effetti desiderati.

Quanto alle forme maggiormente utilizzate, rivolte genericamente alla *performance*, si rileva come il *benchmarking funzionale* e quello *interno* (nella fattispecie di *processo*) siano tra i più frequentemente riscontrabili, per due ordini di motivi. Il primo consiste nel fatto che il *benchmarking funzionale* riesce a cogliere le attività connesse allo svolgimento delle funzioni che accompagnano e, il più delle volte, accomunano il percorso assistenziale del paziente, consentendo di analizzare i processi produttivi e le prassi dimostrate-si migliori nonché di eseguire un confronto sui costi di produzione e sugli *outcome*. Il *benchmarking funzionale* pertanto si presta a essere utilizzato tanto internamente, come strumento di confronto tra funzioni interne, quanto esternamente come strumento di analisi e confronto tra le medesime funzioni di aziende diverse. La finalità principale che può essere perseguita con questo tipo di procedura è, infatti, di commisurare «parti, o fasi di processi, o *business*, che dimostrano una certa omogeneità e conformità anche se riferiti ad altri settori d'impresa» (Bocchino, 1995, p. 40). Il secondo motivo deriva invece dalla considerazione che il *benchmarking interno* richiama in causa i processi dell'azienda di grandi dimensioni o intesa come l'aggregato di un grande gruppo e, paragonando gli attuali servizi sanitari regiona-

li ai grandi gruppi di imprese (è invalso negli studi il riferimento al concetto di Regione *holding*), costituisce un valido strumento per confrontare i processi che si svolgono, non solo all'interno di ciascun'azienda ma anche tra più aziende dello stesso sistema. La comparazione poggia su delle ipotesi per cui, oltre al sussistere del principio di omogeneità dell'oggetto di confronto, bisogna strutturare il raffronto con riferimento a parametri che identificano i risultati che s'intendono migliorare e i processi che li generano. A ciò si aggiunge l'esigenza di garantire un uguale utilizzo di misure e di criteri in sede di rilevazione e analisi dei processi. Le conseguenze, cui un confronto così congegnato può condurre, variano perciò dalla modifica di aspetti manageriali del percorso e di aspetti sostanziali dello stesso, senza intaccarne la natura, alla trasformazione del modello assistenziale nei casi che lo consentono. Un sistema di *benchmarking misto di funzione e di processo* consiste essenzialmente nell'applicare un metodo di apprendimento mediante confronto continuo al proprio interno o con altri operatori, circa le proprie modalità operative, con il fine ultimo di identificare le aree migliorabili e di stimolare il cambiamento attraverso l'adozione di prassi eccellenti (cfr. Bocchino, 1995; Toscano, 1995; Serpelloni, Simeoni, 2004). Secondo tale approccio si definiscono degli standard di prestazioni, si confrontano i propri risultati con tali elementi individuando le *practice* che favoriscono l'affermazione del nuovo valore di riferimento (*new best class*). Il vantaggio principale di tale strumento è di permettere l'individuazione di pratiche organizzative e gestionali in grado di consentire performance eccellenti e favorirne l'implementazione, grazie a opportuni adattamenti, in organizzazioni simili per complessità, *case-mix* e volumi di attività, al fine di migliorare le proprie prestazioni. Nello specifico, i profili assistenziali pongono l'attenzione sul miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi attraverso la riduzione dei ritardi e delle variazioni non necessarie nell'erogazione delle prestazioni e dei trattamenti. A tale scopo, l'utilizzo congiunto dell'ABC può rappresentare senz'altro un metodo utile a produrre dei risultati in grado di incidere sul miglioramento dell'economicità e della qualità delle aziende sanitarie. Infatti, tan-

to l'ABC quanto il *benchmarking* appaiono essere l'uno funzionale all'altro se utilizzati entrambi come strumenti di misurazione dei processi (Toscano, 1995; Casati *et al.*, 2002). Se sostenuto da un modello di analisi dei costi su base multipla aziendale – qual è l'ABC – che consente una definizione dettagliata del costo del processo, il *benchmarking* diviene uno strumento di cruciale importanza non solo per la struttura sanitaria, che potrà conoscere il costo effettivo del proprio trattamento erogato ma anche per il paziente che beneficerà della maggiore attenzione posta sulle varie fasi del processo sottostante alle prestazioni erogate, soprattutto in ambito ospedaliero. Sul piano delle politiche e della programmazione regionale i *decision-maker*, inoltre, possono, da questa integrazione di metodi, ottenere specifiche informazioni su quali elementi basare le proprie decisioni relative all'allocazione di tempo, di risorse umane e di capitali (Gonzales *et al.*, 2000).

L'importanza di un'analisi per processi attraverso lo strumento del *benchmarking*, specie in ambito sanitario, permette di confrontare diverse prassi assistenziali per analoghi problemi di salute, oppure diverse modalità organizzative per regime di ricovero. È noto, infatti, come si riveli di fondamentale importanza per un sistema sanitario la conoscenza di alcuni elementi quali i *costi di processo*, le *attese di salute* e il *profilo organizzativo adottato* (Vichi, 2004). La necessità di trovare uno o più parametri di riferimento per l'innovazione di un processo assistenziale diviene pertanto un elemento strategico su cui convogliare l'attenzione, tenendo conto delle operazioni preliminari per comprendere le peculiarità del processo stesso in esame. Il confronto rappresenta uno stimolo al miglioramento delle prassi e mette in discussione le modalità di gestione di un'azienda sanitaria, contribuendo all'affermazione di forme alternative di assistenza, compatibilmente con le caratteristiche proprie dei diversi sistemi organizzativi che le reggono e delle risorse disponibili. L'analisi delle fasi del processo assistenziale genera un insieme d'informazioni sulla rete di attività che costituisce il percorso del paziente circa le modalità di funzionamento e di consumo di risorse, prescindendo dall'assetto strutturale. Ciò permette, quindi, di visionare l'erogazione delle attività per acquisire maggiore efficacia, in-

dividendo gli aspetti critici per il miglioramento dell'intero percorso del paziente ed è intuibile soltanto analizzando la tipologia di attività che la struttura offre per soddisfare la specifica domanda di salute e valutando le conseguenze per il paziente. Il risultato finale, infatti, non può essere associato a una singola prestazione, ma è la conseguenza di una concatenazione d'interventi sanitari e organizzativi gestiti complessivamente e contemporaneamente. Con tale approccio si pongono al centro del processo organizzativo le esigenze del paziente e le potenzialità dei professionisti e delle strutture. Per sfruttarne i vantaggi si procede con un'integrazione orizzontale delle attività prodotte in ciascuna fase del processo. Pertanto la rappresentazione del percorso assistenziale si presta perfettamente a fungere da strumento per attuare la suddetta integrazione, poiché introduce comportamenti organizzativi che consentono al paziente di ottenere la prestazione sanitaria più adeguata alle sue esigenze e riproduce la migliore sequenza spazio-temporale di attività da svolgere, sulla base di conoscenze tecnico-scientifiche e di risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione (Casati, Vichi, 2002). In tal modo, si favorisce non solo un esame delle attività realizzate per far fronte a un problema sanitario tale da promuovere la realizzazione di un miglioramento clinico, economico e organizzativo dell'intero processo, ma anche il confronto multidisciplinare e trasversale con altre realtà.

#### **4. Un progetto regionale basato sul *benchmarking* di processo e il sistema ABC**

L'attendibilità del *benchmarking* in ambito sanitario e la necessaria risposta a una crescente affermazione del fenomeno della *day surgery* (DS) hanno indotto l'Agenzia regionale socio-sanitaria (Arss) del Veneto a implementare politiche di analisi e di studio per incentivare il ricorso alla chirurgia diurna quale strumento di riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale regionale. La progettualità promossa si sviluppa attraverso tre fasi integrate tra loro: 1) fase regionale; 2) fase nazionale; 3) fase europea. La prima fase, sulla quale è concentrato lo studio che si riporta di seguito, riguarda un'analisi dei modelli di DS uti-

lizzati nelle aziende sanitarie del Veneto al fine di valutare la performance, intesa in termini di qualità e di costi delle prestazioni, collegando i risultati con le soluzioni organizzative e gestionali adottate. Il progetto persegue il fine di ampliare la conoscenza dei processi ospedalieri per una corretta definizione della programmazione sanitaria regionale e per la determinazione di standard di riferimento per il sistema di finanziamento. Il consenso allo sviluppo del progetto ha coinvolto altre unità regionali (per esempio, l'Assessorato alle Politiche sanitarie e sociali e la Direzione dei servizi sanitari) e ha anche avuto un riscontro favorevole a livello nazionale con l'appoggio del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.). Come si evince dalla documentazione diffusa anche attraverso il sito dell'Arss, si è sviluppato mediante una serie di passaggi importanti: 1) l'elaborazione di un questionario da parte del Comitato operativo di progetto al fine di ottenere un quadro informativo in grado di individuare elementi di interesse per tutti i soggetti coinvolti; 2) la raccolta dei dati presso le unità operative (U.O.) oggetto d'analisi in relazione alla metodologia operativa delineata; 3) l'analisi dei dati raccolti; 4) la progettazione e l'implementazione di un sistema di misurazione delle attività; 5) la valutazione e il confronto tra modelli adottati; 6) la facilitazione di percorsi di condivisione delle soluzioni organizzative; 7) la fornitura di elementi utili alla programmazione regionale sia ospedaliera che ambulatoriale; 8) l'individuazione di uno standard di riferimento per il processo di autorizzazione e accreditamento nonché per il sistema di finanziamento.

##### **4.1. La fase regionale del progetto dell'Arss del Veneto**

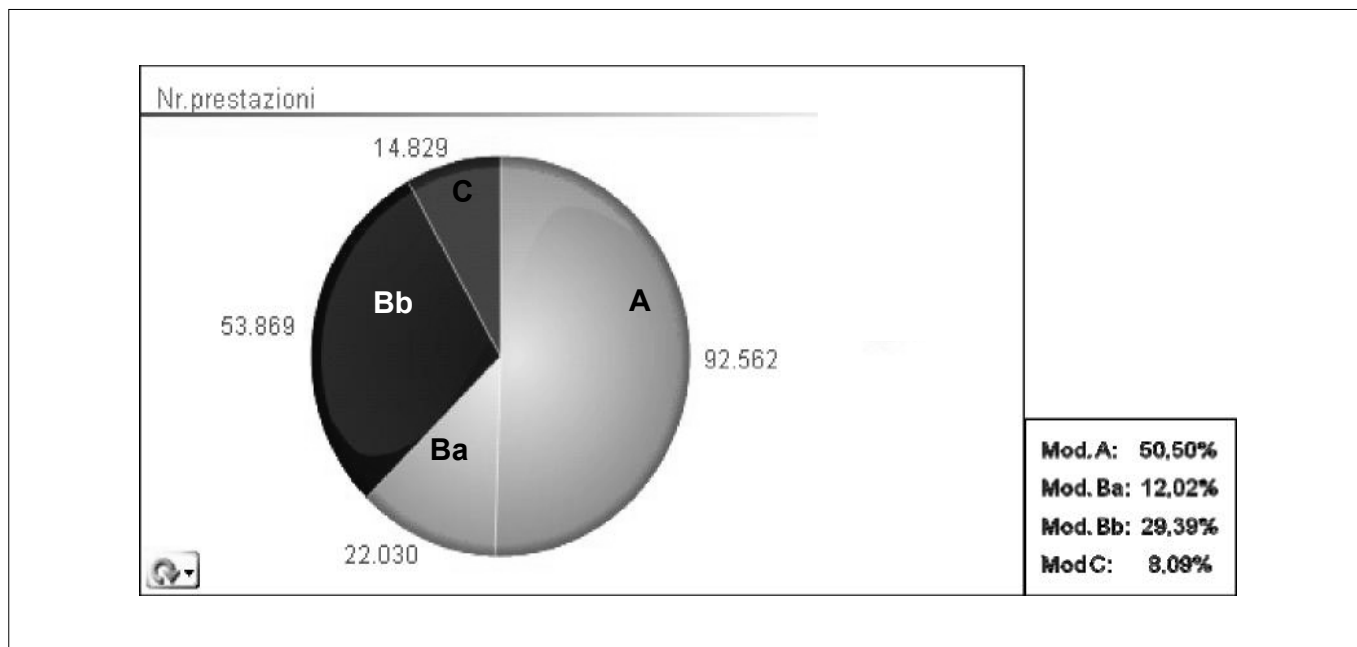
Il progetto dell'Arss del Veneto, cui si è preso parte con il *team* di ricerca,<sup>5</sup> è stato innanzitutto predisposto per un'analisi del grado di sviluppo dell'offerta di DS in Regione, effettuando un approfondimento dei modelli di chirurgia di giorno adottati a livello locale per valutare le performance operative, collegando i risultati con le soluzioni organizzative e gestionali adottate.

La situazione legislativa del Veneto non evidenzia alcun tipo di imposizione di standard organizzativi predefiniti per la DS, lasciando la possibilità alle diverse aziende di intraprendere le soluzioni organizzative ritenute più adeguate al proprio contesto. Sin al 2007 la diffusione dei diversi modelli organizzativi risulta quella in **figura 1**, dove A è il modello integrato con i posti letto per le degenze ordinarie, Ba e Bb sono modelli parzialmente integrati e C è il modello autonomo di DS, presso unità specializzate. Per comprendere lo stato attuale dell'offerta è stata utilizzata la somministrazione di un questionario a tutte le U.O. che nel 2007 hanno presentato un volume di attività di DS di almeno 50 ricoveri in regime diurno con Drg chirurgico<sup>6</sup> (**tabella 1**). Il questionario è stato concepito con due finalità: da un lato, sono state aggiornate a livello aziendale le anagrafiche della struttura e delle U.O. presenti al loro interno; dall'altro sono stati analizzati i processi erogativi di DS e di chi-

urgia ambulatoriale<sup>7</sup> attraverso l'individuazione, per ogni unità operativa, dei modelli organizzativi utilizzati. I dati richiesti sono stati i seguenti:

- *informazioni legate alla sala operatoria* (numero di sale operatorie, numero di sedute, ore di attività, numero di interventi in DS con e senza pernottamento, interventi di chirurgia ambulatoriale atipicamente svolti in sala operatoria, ecc.);
- *informazioni sulle procedure di chirurgia ambulatoriale* eseguite in ambulatorio (numero di ambulatori chirurgici, numero di poltrone attrezzate, ecc.);
- *posti-letto del reparto* (numero posti-letto totali, numero di posti-letto totali utilizzati per la DS in via esclusiva o in comune con la degenza ordinaria, ecc.);
- *personale dedicato* (numero anestesisti, infermieri, Oss-Ota di sala e reparto, personale amministrativo, ecc.);
- *presenza di regolamenti interni*.

**Figura 1**  
Diffusione dei diversi modelli organizzativi nella realtà veneta



**Tabella 1**  
Popolazione di riferimento per la somministrazione del questionario

Anno 2007	Pubbliche	Private	Prest. DS	Prod. %
U.O. che hanno erogato prestazioni di DS	422	61	141.100	100%
U.O. considerate per i modelli organizzativi	277	0	108.884	77%

Aziende	U.O. effettive		U.O. rilevate	
	N. U.O.	Volume attività DS	N. U.O. rilevate	Volume attività DS
Totale privato pre-acc	61	29.789	0	0
<b>Totale pubblico</b>	<b>422</b>	<b>111.311</b>	<b>277</b>	<b>108.884</b>

**Tabella 2**

Numero di U.O. e relativa produzione di DS per azienda nell'anno 2007

Fonte: elaborazione propria su dati del *data warehouse* regionale. In taluni casi il volume di attività rilevata risulta superiore al volume di attività effettuata, per motivazioni inerenti alla trasmissione e registrazione dei dati nel *data warehouse*

Nella **tabella 2** si dà indicazione della produttività risultante dai flussi regionali nell'anno 2007 delle U.O. aziendali (Ulss con presidii, Aziende ospedaliere e Istituto oncologico) alle quali è stato somministrato il questionario.

Tra le problematiche emerse in questa prima analisi, una in particolare riguarda la differente modalità amministrativa di gestione del paziente. Per esempio, una stessa procedura chirurgica, gestita sotto il profilo operativo in modo perfettamente analogo, *sotto il profilo amministrativo* potrebbe venire classificata o come ricovero diurno (dando conseguentemente vita a una *scheda di dimissione ospedaliera*), o come intervento di chirurgia ambulatoriale, generando conseguentemente un *cartellino ambulatoriale*. Ciò significa che la medesima prestazione potrebbe risultare catalogata nelle diverse aziende in modo discordante, differenziando tuttavia di fatto solo la pratica amministrativa, con il conseguente raggiungimento «fittizio» dell'auspicata riduzione del tasso di ospedalizzazione, ma con un assorbimento dei fattori di produzione del tutto analogo. Tale situazione dimostrerebbe come la riduzione del tasso di ospedalizzazione non implica una conseguente riduzione dei costi. La differente applicazione delle prassi amministrative nelle Aziende sanitarie del Veneto genera ulteriori fattori distorsivi che possono incidere sull'interpretazione del processo, come per esempio gli elementi caratterizzanti le singole fasi (inizio e fine, *input* e *output*). Per esempio, in alcune realtà la cartella clinica si chiude con la dimissione dall'ospedale, in altre con l'ultima visita post-operatoria. Di ciò si è tenuto conto nella fase di analisi dei risultati, considerata la non omogeneità del contesto oggetto di indagine. Così, ogni divergenza numerica ha tenuto conto delle possibili difformità delle pratiche amministrative e delle specificità locali che possono incidere

anche profondamente sul dato rilevato. La seconda fase di analisi, su cui è imperniato lo studio, approfondisce, invece, i fattori attinenti al *benchmarking di processo* e legati a prassi, performance e qualità del percorso del paziente di DS, correlati al modello organizzativo utilizzato. L'implementazione di tale approccio di analisi è stata concepita con lo scopo di stimolare e integrare i processi di apprendimento e l'eventuale cambiamento della cultura aziendale e assistenziale. Dopo diverse valutazioni dei molteplici *iter* esistenti nelle realtà deputate all'erogazione di prestazioni di chirurgia diurna, il Comitato operativo ha definito un prototipo del percorso assistenziale del paziente in DS. Esso presenta cinque fasi progressive così individuate: 1) la *selezione*; 2) la *programmazione preoperatoria*; 3) l'*esecuzione dell'intervento*; 4) la *dimissione*; 5) il *follow-up*.

#### 4.2. La metodologia di analisi

La parte del progetto di cui ci si è occupati nel presente studio riguarda l'attuazione del *benchmarking* per una parte del processo di DS, definita mediante una segmentazione dello stesso, che ha permesso la concentrazione solo su una specifica categoria di procedure chirurgiche. L'obiettivo del lavoro è, infatti, capire se risulta realmente conveniente, sotto il profilo economico e qualitativo, il *modello organizzativo autonomo* (costituito dalle c.d. *free standing unit*) per la DS, rispetto ai sistemi integrati, partendo però da un'analisi di un certo numero di strutture autonome e di strutture integrate. Al momento in cui si scrive ne sono state esaminate tre che risultano essere tra le più interessate in tutta la regione. Pertanto si è proceduto a definire una comune metodologia provvedendo a una classificazione degli interventi chirurgici da valutare e di quelli da escludere dall'analisi. Le procedure chirurgiche vengono suddivise

in tre categorie, in relazione al regime di ricovero, che può essere diurno o ambulatoriale, e in base al luogo effettivo di esecuzione dell'intervento (*sala operatoria o ambulatorio chirurgico*):

– *classe A*: raccoglie tutte le procedure chirurgiche tipicamente svolte in sala operatoria (SO), erogate in regime di ricovero diurno e in più alcuni interventi ambulatoriali, quali l'*ernia inguinale e femorale* (cod. regionale prestazione 53.00 e seguenti) e la *legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore* (cod. regionale prestazione 38.59). Questo gruppo si suddivide in due sub-classi:

classe A1: le procedure chirurgiche, tipicamente svolte in SO che hanno generato un Drg chirurgico; inoltre le due prestazioni ambulatoriali sopra identificate;

classe A2: le procedure chirurgiche, tipicamente svolte in SO, che hanno generato un Drg medico;

– *classe B*: rappresenta l'insieme di tutte le procedure chirurgiche ambulatoriali che atipicamente vengono svolte in SO (inclusi interventi al tunnel carpale e inserimenti di cristallino artificiale);

– *classe C*: vi rientrano tutte le altre procedure chirurgiche ambulatoriali che vengono tipicamente erogate in un ambulatorio chirurgico.

Utilizzando il criterio, appena menzionato, del luogo dell'intervento e coniugandolo con il regime amministrativo definito per ciascuna prestazione si è ottenuta la classificazione rappresentata in **tabella 3**.

Il focus dell'analisi condotta si è concentrato sulla classe A, cioè quella riferita all'insieme di procedure che rappresenta l'attività di DS pura. L'analisi trasversale relativa alla classe A ha considerato un insieme di dimensioni di performance, valutate per ogni fase

del percorso del paziente di DS e classificate nel modo seguente:

– *attività* la cui dimensione consente l'identificazione delle operazioni svolte grazie a specifici *activity driver*;

– *risorse consumate* i cui costi sono ripartiti secondo il sistema ABC, differenziando la rilevazione in modo tale da definire quali sono stati assorbiti dalla produzione delle procedure di classe A;

– *produttività/performance* rappresentata mediante indicatori e consistente in rapporti tra gli *output* e gli *input* del processo produttivo, al fine di valutare l'attività in relazione al modello organizzativo utilizzato;

– *qualità* esplicitata mediante indicatori di processo riconosciuti dalla letteratura internazionale e applicati al percorso di DS;

– *prassi* individuate mediante le soluzioni organizzativo-gestionali adottate da ciascuna struttura.

Ciascuna delle dimensioni suindicate è poi stata analizzata rispetto a ogni fase progressiva in cui viene scandito il percorso del paziente di DS (§ 4.1) e secondo lo schema della **tabella 4**.

A titolo esemplificativo, e perché ritenute congruenti con la finalità del presente scritto, in questa sede si riportano soltanto due delle analisi condotte per illustrarne la procedura, ovvero l'analisi delle *attività* e le analisi delle *risorse* che le attività hanno consumato, individuate entrambe attraverso il sistema ABC.

*Le Attività*. Per quanto concerne la fase di selezione, l'*activity driver* selezionato è il numero di prime visite (o di selezione) chirurgiche. Sono state pertanto considerate tutte le visite erogate dalle unità scelte come oggetto d'analisi, ai pazienti candidati al percorso di chirurgia diurna, indipendentemente

**Tabella 3**

Classificazione delle procedure secondo il luogo dell'intervento e il regime amministrativo

		LUOGO DELL'INTERVENTO			
		Sala operatoria		Ambulatorio strutturato	
REGIME AMMINISTRATIVO	Ambulatoriale	Gruppo 2	A1 (solo ernie e varici) B (solo tunnel e cristallino)	Gruppo 3	B (eccetto tunnel e cristallino) C
	Day surgery	Gruppo 1	A1 (eccetto ernie e varici) A2		

<i>Fasi</i> / Dimension	Attività	Risorse consumate	Produttività/ performance	Qualità	Prassi
Selezione	Numero prime visite	Numero prime visite			
Programmazione preoperatoria	Esami diagnostici Visite anestesiolgiche	Valorizzazione esami diagnostici, visite specialistiche e anestesiolgiche secondo tariffario			
Esecuzione dell'intervento	Volumi procedure erogate per Drg e Classi di appartenenza	Determinazione costi generati nell'ambito della sala operatoria			
Dimissione	Rilevate le prestazioni che generano ricovero	Determinazione costi relativi alla degenza post-operatoria del paziente			
<i>Follow-up</i>	Numero visite di controllo	Numero visite di controllo			

dall'esito delle stesse (si è tenuto conto sia dei pazienti idonei sia di quelli rinviati ad altro percorso diagnostico-terapeutico). Una volta definito il numero di prime visite, l'ammontare è stato ripartito fra le diverse classi di attività (A1, A2, B e C). Nella fase di programmazione pre-operatoria è stata monitorata sia l'attività relativa alla diagnostica pre-operatoria (esami diagnostici) sia quella riguardante le visite anestesiolgiche. La rilevazione degli esami diagnostici effettuati dai pazienti candidati alla DS ha presentato operazioni particolarmente articolate. Per ciascun paziente sono state verificate le prescrizioni effettive e, laddove non sia stato disponibile un set informativo completo per singolo paziente, si è proceduto a una estrazione dal database della specialistica erogata ai pazienti assistiti dall'azienda, cui era correlato un intervento di DS, considerando i soli esami diagnostici effettuati nei 30 giorni precedenti ed estendendo i volumi rinvenuti al resto dei pazienti della DS. Una volta definito il numero di esami diagnostici, questo è stato ripartito fra le diverse classi di attività (A1, A2, B e C). Per quanto concerne le visite anestesiolgiche, il dato considerato è stato il volume di visite erogate nell'ambito di un percorso di DS, quindi riferito a tutti i pazienti risultati idonei alla prima visita, tenendo conto sia delle visite anestesiolgiche che hanno riconfermato l'idoneità del paziente, sia di quelle con esito negativo.

Con riferimento alla terza fase, di esecuzione dell'intervento, sono stati considerati i volumi delle procedure erogate, raggruppate per Drg e suddivise per classe di appartenenza A1, A2, B e C. Inoltre, sempre in questa fase, si è proceduto alla rilevazione della classe ASA<sup>8</sup> dei pazienti, considerata la sua inclusione in uno dei campi della Sdo. Nella fase di dimissione sono state rilevate tutte le prestazioni che hanno generato un ricovero in DS, escludendo dal conteggio le procedure di classe B (eccetto tunnel e cristallino) e C, perché non generano alcun ricovero. Nella fase di *follow-up*, l'*activity driver* utilizzato è stato il numero di visite di controllo che sono state effettuate nella struttura erogatrice ai pazienti operati, seguendo lo stesso percorso adottato per le visite di selezione.

*Le risorse.* Le risorse che sono impiegate nel processo di DS sono rappresentate da tre aggregati di costo: il personale (infermieristico, OSS e OTA, amministrativo, con esclusione del personale medico), i beni di consumo e le tecnologie (da intendersi come la somma di quote di ammortamento, spese di manutenzione ordinaria e noleggi/service). Nei sistemi informativi aziendali le risorse sono ripartite in appositi centri di costo che fanno capo alle diverse U.O. operanti all'interno della struttura, per cui è stato necessario selezionare solamente i centri imputabili all'U.O. in esame e valutare la presenza di eventuali centri di costo comuni. Secondo il

**Tabella 4**  
Fasi e dimensioni dell'analisi

modello proposto, sono state individuate due modalità di valorizzazione delle attività:

- valorizzazione diretta in cui rientrano tutte quelle attività cui corrisponde un costo specifico, per esempio perché derivante dal tariffario;
- valorizzazione mediante *resource driver* per cui, non essendo possibile identificare un costo specifico direttamente imputabile, è stato necessario ricostruire induttivamente l'ammontare delle risorse effettivamente impiegate nell'esecuzione di una data attività.

Nella specifica situazione, un particolare sforzo di razionalizzazione e quantificazione delle risorse è stato richiesto al personale afferente all'U.O. oggetto di analisi. Per quanto riguarda la voce personale, si è proceduto con la corretta assegnazione di ciascuna figura professionale all'area funzionale in cui opera. Nell'ambito del percorso di DS, in particolare, sono quattro le aree d'interesse: la sala operatoria, la degenza, l'ambulatorio e l'area amministrativa. Attraverso una lista aggiornata del personale è stato possibile, con l'ausilio del medico o dell'infermiere referente per la DS, ricondurre ciascun dipendente all'area funzionale di appartenenza. Incrociando poi il singolo con i dati provenienti dal sistema informativo aziendale è stato determinato il monte orario annuo fornito, cui sono state sommate le ore di formazione interna ed esterna, escludendo le ore dedicate alla libera professione. Per il personale operante in più aree funzionali, si è proceduto invece a una quantificazione, in termini percentuali, delle ore dedicate a ogni area coinvolta. Per i coordinatori infermieristici, che operano in modo trasversale rispetto alle diverse aree, è stata seguita una ripartizione per un terzo alla degenza, un terzo alla sala operatoria e un terzo all'ambulatorio. Dopo aver individuato l'ammontare delle ore lavorate, questo è stato valorizzato secondo il costo orario standard di ciascuna categoria professionale, al fine di conoscere il costo effettivo del personale per ogni area funzionale. Anche il costo per i beni di consumo, al pari di quello del personale, è stato ripartito per area funzionale. In questo caso l'operazione si è presentata meno articolata perché

nel sistema informativo aziendale ogni bene di consumo viene normalmente imputato al proprio centro di costo. Con riferimento ai costi delle tecnologie si è intesa la quota annuale di ammortamento dei beni ammortizzabili, le manutenzioni effettuate nell'anno (sia per i beni interamente ammortizzati, sia per quelli che lo sono parzialmente), i canoni di noleggio e i service di attrezzature e macchinari. Come per gli altri due aggregati, anche in questo caso si è proseguito con una ripartizione per area funzionale. La somma dei costi generati da ciascun aggregato in ogni area funzionale ha dato come risultato il costo totale per area che è stato ripartito poi fra le diverse fasi del percorso di DS. Corrispondentemente alle fasi di selezione e *follow-up*, che sono state trattate insieme perché solo a queste è stato imputato il totale dei costi amministrativi, sono stati utilizzati i *cost driver* emersi in sede di analisi delle attività ovvero, per la fase di *selezione*, il numero di prime visite e, per la fase di *follow-up*, il numero di visite di controllo. Il coefficiente di riparto utilizzato è dato dal rapporto fra il totale dei costi amministrativi e da quello delle visite di selezione e *follow-up*. Una volta identificato il coefficiente di riparto, è stato sufficiente moltiplicare quest'ultimo per il numero di prime visite prima e per quello delle visite di selezione, ottenendo così i rispettivi costi totali della selezione e del *follow-up*. Con riferimento alla fase di programmazione pre-operatoria, sono stati invece presi in considerazione i costi sostenuti per la diagnostica unitamente a quelli per le visite anestesologiche. Per quanto riguarda il costo della diagnostica, l'operazione compiuta è consistita nel valorizzare l'insieme delle prestazioni specialistiche erogate ai pazienti di DS, come rilevate nella dimensione delle attività, sulla base delle tariffe previste dal Nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. La medesima cosa è stata fatta per il costo totale delle visite anestesologiche. Una volta determinato il costo totale della diagnostica, questo è stato ripartito nelle diverse classi di attività (A1, A2, B e C). Nella fase dedicata all'esecuzione dell'intervento sono stati imputati tutti i costi generati nell'ambito della sala operatoria, provvedendo alla contestuale ripartizione del costo totale fra le diverse classi



di attività. Un'attenzione particolare è stata prestata invece al personale di sala operatoria. Il modello di DS adottato, infatti, incide notevolmente sulla determinazione delle risorse umane effettivamente impiegate nell'attività di DS. Nel caso dei *modelli integrati o parzialmente integrati*, il costo del personale di sala operatoria è stato imputato a un centro di costo relativo al blocco operatorio nella sua interezza, per cui, al fine di comprendere quale fosse la quota parte di competenza della DS, è stata effettuata la ripartizione del costo totale basata sui tempi di impiego programmati della sala operatoria nell'anno in esame. La determinazione è avvenuta nel modo seguente:

$$(1) \quad \text{Coefficiente di riparto} = \frac{\text{Ore sala operatoria programmate per l'U.O.}}{\text{Ore totali programmate per l'intero blocco operatorio}}$$

Moltiplicando poi il coefficiente di riparto per il costo totale del personale di sala operatoria si è ottenuto il costo totale del personale di sala operatoria per la DS. Sol tanto nel caso dei modelli autonomi non è stato necessario procedere ad alcuna ripartizione, giacché tutto il personale di sala operatoria è impiegato nella sola attività di DS. Quanto detto per il personale è stato poi riproposto anche per le *tecnologie* e i *beni di consumo* di sala operatoria secondo le formule seguenti:

$$(2) \quad \text{Coefficiente di riparto} * \text{costo totale delle tecnologie di sala operatoria} = \text{costo tecnologie di sala operatoria della DS}$$

$$(3) \quad \text{Coefficiente di riparto} * \text{costo totale dei beni di consumo di sala operatoria} = \text{costo dei beni di consumo di sala operatoria della DS}$$

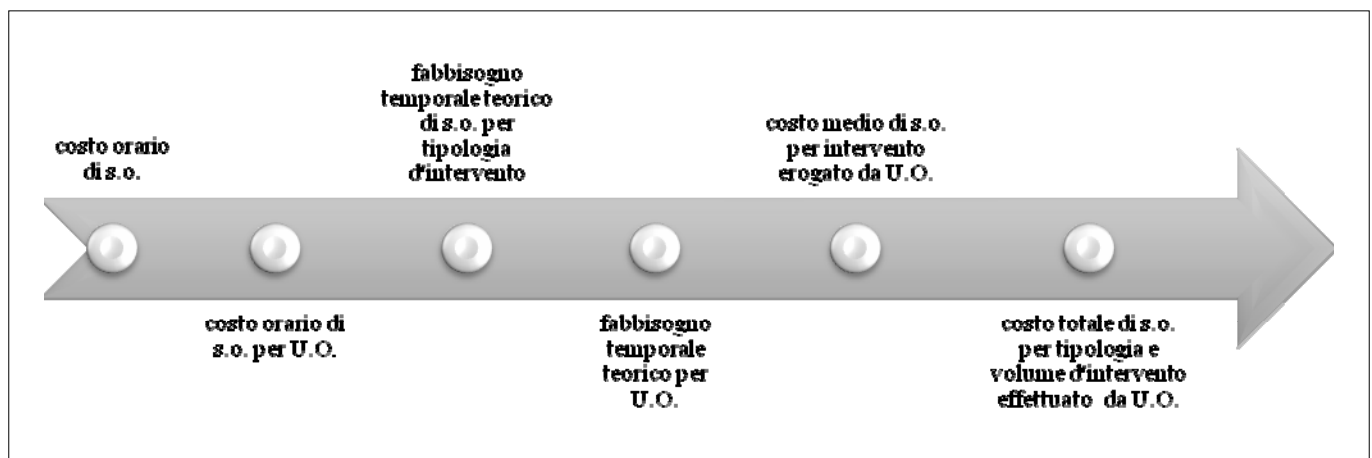
Con la somma dei costi totali dei tre aggregati (*personale, tecnologia e beni di consumo*), si è ottenuto il *costo totale di sala operatoria*. Infine, tale risultato è stato diviso per le classi di attività secondo lo schema indicato nella **figura 2**. Innanzitutto si è calcolato il *costo orario della sala operatoria*, determinato come rapporto tra il totale dei costi di sala operatoria e il totale delle ore programmate per gli interventi in DS, poi lo stesso è stato moltiplicato per il numero di ore di utilizzo della sala operatoria da parte di ciascuna U.O., così da determinare il costo associato al funzionamento della stessa per ogni unità. Successivamente è stato determinato il *fabbisogno temporale teorico di sala operatoria per tipo di intervento*, moltiplicando i tempi standard, a seconda del tipo di intervento, per la frequenza dell'intervento stesso. Dai tempi degli interventi svolti dalla stessa unità è stato possibile calcolare i tempi teorici di utilizzo della sala operatoria per ogni singola unità operativa.

I tempi così calcolati per tipologia di intervento in ogni unità operativa, sono stati valorizzati in base alla seguente espressione:

$$(4) \quad \text{costo orario s.o.} * \frac{\text{tempo teorico s.o. proc. chir.}_{ij}}{\text{tempo teorico s.o. u.o.}_i} * n. \text{proc. chir.}_{ij} = \text{costo procedura chirurgica}_{ij}$$

dove:  
i ∈ insieme unità operative;

**Figura 2**  
Il riparto dei costi di sala operatoria



$j \in$  procedure chirurgiche svolte dall'unità operativa  $i_{esima}$ .

L'ultimo passo è consistito nel sommare, per ciascuna classe di attività, i costi per ogni singola tipologia d'intervento.

$$(5) \quad \text{costo classe proc. chir.}_i = \sum \text{costo proc. chir.}_{i,j}$$

dove:

$i \in$  insieme classi procedure (A1, A2, B);  
 $j \in$  procedure chirurgiche appartenenti alle diverse classi di procedure.

Nella fase della dimissione sono stati compresi tutti i costi relativi alla degenza post-operatoria del paziente. Anche in questo caso sono stati considerati i tre aggregati di costo, iniziando dalla voce «personale» e, come nella fase precedente, anche in questa situazione si è tenuto conto del modello organizzativo adottato nell'unità operativa in esame.

Il problema si è, ancora una volta, posto nel caso del modello di DS integrato o parzialmente integrato, in cui è stato necessario individuare il reale ammontare delle risorse assorbite dalla DS sul totale dell'attività svolta nel reparto di degenza. Si è così effettuata una ripartizione dell'attività basata sui pesi assistenziali medi da considerare per i pazienti delle U.O. per cui il personale è impegnato.

$$(6) \quad \text{Coefficiente di riparto} = \frac{\sum_j \text{Peso assistenziale U.O.}_j \times n. \text{pazienti assistiti}_j}{\sum_j \text{Peso assistenziale U.O.}_j \times n. \text{pazienti assistiti dall'U.O.}_i}$$

dove

$i \in$  insieme delle Unità Operative rilevate;

$j \in$  insieme Unità Operative cui il personale considerato presta servizio.

Per definire il *costo del personale di degenza*, infine, è stato sufficiente moltiplicare il coefficiente di riparto per il costo del personale di degenza totale.

$$(7) \quad \text{Coefficiente di riparto} * \text{costo totale del personale di degenza totale} = \text{costo del personale di degenza di DS}$$

Lo stesso criterio è stato seguito anche per le tecnologie e per i beni di consumo, al fine

di determinare la quota parte di utilizzo della DS.

$$(8) \quad \text{Coefficiente di riparto} * \text{costo totale delle tecnologie di degenza} = \text{costo tecnologie di degenza della DS}$$

$$(9) \quad \text{Coefficiente di riparto} * \text{costo totale dei beni di consumo di degenza} = \text{costo dei beni di consumo di degenza della DS}$$

Al fine di ripartire i costi totali alle diverse classi di attività, si è tenuta separata la trattazione della voce «costo del personale» dalle altre due, perché i criteri seguiti sono diversi. Per quanto attiene il costo del personale, sono stati utilizzati i pesi assistenziali al fine di determinare il costo della degenza per tipologia di procedura chirurgica nel modo seguente:

$$(10) \quad \text{Coefficiente punto assistenziale} = \frac{\text{Costo pers. dimissioni Unità in esame}}{\sum_i \text{peso assistenziale proc. chir.}_i * n. \text{pazienti}_i}$$

dove

$i \in$  insieme procedure chirurgiche svolte dalle Unità Operative rilevate.

Per calcolare il costo della singola procedura chirurgica si è moltiplicato il coefficiente punto assistenziale per il peso assistenziale della procedura stessa.

$$(11) \quad \text{Coefficiente punto assistenziale} * \text{peso assistenziale procedura chirurgica} = \text{costo procedura chirurgica}$$

Per calcolare il costo di competenza di ciascuna classe di attività per tecnologie e beni di consumo, si è utilizzata tale espressione:

$$(12) \quad \text{Costo tecnologie e beni di consumo dimissione classe } i_{esima} = \sum_j \text{Costo tec. e beni dimissione DRG}_j * \text{frequenza DRG}_j$$

dove

$j \in$  DRG classe  $i_{esima}$ .

Si è giunti così all'allocazione delle risorse sulle attività caratterizzanti il percorso di DS.

Di seguito si riporta uno dei casi studiati all'interno dell'unità di DS della Chirurgia generale di un presidio ospedaliero di

un'azienda Ulss. La scelta di monitorare questo centro è dovuta al fatto che l'unità operativa adotta un modello di DS di tipo Bb, cioè è una struttura parzialmente integrata all'interno del reparto di Chirurgia generale, con cui condivide la degenza e l'utilizzo del blocco operatorio, con sedute cadenzate. L'attività di analisi del processo di chirurgia diurna ha richiesto la collaborazione di diversi soggetti, fra cui il medico responsabile della DS, i coordinatori infermieristici della DS e del blocco operatorio e, infine, del Controllo di gestione. I dati raccolti, di seguito esposti, riguardano l'anno 2008 (anno scelto per l'analisi di *benchmarking*) e sono stati raggruppati per singola dimensione d'analisi, così da facilitarne la lettura. Nell'anno 2008 la divisione di Chirurgia generale ha assistito 1996 pazienti, di cui 463 in regime di ricovero in *DS* e i restanti 1553 in regime di ricovero ordinario (**tabella 5**).

Per quanto concerne le risorse, invece i risultati sono visibili nella **tabella 6**.

In base ai dati emersi, il costo medio dell'intero percorso di *day surgery* nell'unità operativa in esame, per un paziente di classe A, ammonta a 1.159,44 euro.

In base ai dati emersi, il costo medio dell'intero percorso di DS8 nell'unità operativa in esame, per un paziente di classe A, ammonta a 1.159,44 euro, valore risultante dai costi considerati nelle diverse fasi del percorso. Si è considerato che nel caso specifico si osserva lo *split* maggiore, di circa 800 euro, nel passaggio dalla fase di diagnostica a quella dell'intervento.

#### 4.3. Risultati preliminari

Nell'ambito del progetto si è giunti ai primi risultati della fase di *benchmarking* attuato tra tre unità operative, considerate pilota, l'Azienda  $\alpha$ , che ha rappresentato il modello di riferimento per la descrizione della metodologia di analisi in questa trattazione, l'Azienda  $\beta$  e l'Azienda  $\gamma$ . Nello specifico,

FASE	INDICATORE	VALORE
SELEZIONE	N. PRIME VISITE	362
PROGRAMMAZIONE PRE-OPERATORIA	N. VISITE ANESTESIOLOGICHE	45
	VOLUME ESAMI DIAGNOSTICI (rilevati su un campione di 238 pazienti assistiti Ulss 9)	3186
	classe A1	2931
	classe A2	255
	classe B	0
	classe C	0
INTERVENTO	N. PROCEDURE	463
	classe A1	423
	classe A2	40
	classe B	0
	classe C	0
	% CASI Asa (rilevati 274 Asa su 483 pazienti programmati)	57,40%
	I	54,74%
	II	35,40%
	III	10,58%
DIMISSIONE	N. Drg	461
	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI TRASFERITE	1
FOLLOW-UP	N. VISITE DI CONTROLLO	338

**Tabella 5**  
Le attività

Tabella 6

Le risorse

FASE	INDICATORE	VALORE
SELEZIONE	Costo fase di selezione	€ 35.022,27
PROGRAMMAZIONE PRE-OPERATORIA	Costo visite anestesilogiche	€ 922,50
	Costo esami diagnostici A1 Costo esami diagnostici A2	€ 47.488,06 € 8.180,60
INTERVENTO	Costo S.O. procedure A1 Costo S.O. procedure A2	€ 330.667,40 € 22.566,44
DIMISSIONE	Costi degenza A1 Costi degenza A2	€ 55.065,70 € 4.118,26
FOLLOW-UP	Costo visite di controllo	€ 32.790,94

per Azienda  $\beta$  si considera un'unità operativa che utilizza un modello organizzativo di tipo A, cioè integrato, mentre con il nome di Azienda  $\gamma$  s'intende un centro autonomo multidisciplinare, quindi un modello di tipo C. Ai fini di una sintesi che sia in grado di dimostrare l'utilità della metodologia adottata si è scelto di illustrare i risultati ottenuti corrispondentemente alla dimensione «risorse consumate».

I dati emersi nella rilevazione delle risorse mostrano il totale dei costi delle risorse generati dall'attività di DS, nelle diverse fasi del percorso (tabella 7) e consentono un confronto dei processi interni sulla base della rilevanza delle voci considerate, tenendo

conto che il volume di prestazioni e le ore di utilizzo della sala operatoria da dedicare al DS è differente nei tre casi, in quanto modelli differenziati. Nel caso dell'azienda  $\alpha$  si assiste al minor numero di prestazioni effettuate in DS, trattandosi di una struttura che offre anche ricoveri ordinari. In particolare, è opportuno prestare attenzione tanto alla composizione del costo di sala operatoria quanto a quella del costo della degenza. Per quanto attiene al costo dell'intervento, l'articolazione dei tre aggregati considerati (*personale, beni di consumo e tecnologie*) è rappresentata nella tabella 8. In tutte e tre le realtà, la voce di costo più rilevante è quella dei beni di consumo, mentre la componente tecnolo-

Tabella 7

Benchmarking dei modelli di DS: dimensione delle risorse

FASE	INDICATORE	AZIENDA $\alpha$ Modello B	AZIENDA $\beta$ Modello A	AZIENDA $\gamma$ Modello C
Selezione	Costo fase di selezione	€ 35.022,27	€ 20.512,33	€ 56.978,02
Programmazione pre-operatoria	Costo visite anestesilogiche	€ 922,50	€ 13.038,00	€ 30.442,50
	Costo esami diagnostici A1 Costo esami diagnostici A2	€ 47.488,06 € 8.180,60	€ 17.898,85 € 4.698,40	€ 21.093,00 € 290,90
	Costo esami diagnostici B	0	€ 193,00	€ 697,44
Intervento	Costo S.O. procedure A1 Costo S.O. procedure A2 Costo S.O. procedure B	€ 330.667,40 € 22.566,44 0	€ 401.583,80 € 15.555,69 € 4.493,87	€ 1.098.786,63 € 2.719,59 € 85.171,90
Dimissione	Costi degenza A1 Costi degenza A2 Costi degenza B	€ 55.065,70 € 4.118,26 0	€ 126.438,95 € 4.606,21 € 2.802,91	€ 312.444,33 € 992,48 € 20.144,90
Follow-Up	Costo visite di controllo	€ 32.790,94	€ 13.445,50	€ 77.512,12

	Azienda $\alpha$	Azienda $\beta$	Azienda $\gamma$
Costi per beni di consumo	€ 210.296,23	€ 263.608,09	€ 505.733,22
Costi tecnologie	€ 64.948,55	€ 11.683,55	€ 29.310,02
Costi personale	€ 77.989,06	€ 123.791,75	€ 460.005,33
<b>TOTALE</b>	<b>€ 353.233,84</b>	<b>€ 399.083,39</b>	<b>€ 995.048,56</b>

**Tabella 8**  
Composizione del costo dell'intervento

gie è una voce trascurabile tanto nell'azienda  $\beta$ , collocata all'interno di un presidio ospedaliero di piccole dimensioni, quanto in quella  $\gamma$  che è una *free standing unit*. Al contrario, nell'Azienda  $\alpha$ , in cui l'impatto tecnologico è automaticamente più elevato per via della commistione tra le attività di DS con quelle di chirurgia generale dei ricoveri ordinari, tale voce assomma al 20% del totale.

Per quanto concerne invece la composizione del costo della degenza, essa è rappresentata nella **tabella 9**.

Come si può osservare, la componente personale rappresenta la voce di costo maggiore nell'ambito della DS, qualsiasi sia il modello utilizzato. In realtà si tratta di un risultato prefigurabile, poiché la degenza post-operatoria, per questo tipo di pazienti, è limitata nel tempo e non assorbe in maniera significativa beni di consumo e tecnologie destinate al reparto. Il fatto che, nel caso dell'Azienda  $\alpha$ , la voce «beni di consumo» sia più consistente rispetto agli altri due casi è in parte giustificato da un più frequente ricorso alla degenza di una notte, e ciò dimostrerebbe ancora una volta la preferibilità del modello autonomo rispetto a quello integrato.

## 5. Considerazioni finali

L'articolo ha inteso ripercorrere in chiave interpretativa l'utilità che strumenti contabili e gestionali come rispettivamente l'ABC e il *benchmarking* di processo possono offri-

re in aziende a elevata complessità come le aziende sanitarie, al fine di ottenere informazioni sempre più affinate che possano condurre a un miglioramento nella misurazione dei risultati e nelle scelte organizzative. Nel caso esaminato, che è il risultato di un'integrazione delle regole dettate per l'ABC con adattamenti specifici, lo scopo dello studio di *benchmarking* è di confrontare i diversi modelli di DS presenti su un territorio regionale, al fine di identificare il modello organizzativo più conveniente, inteso come quello in grado di garantire elevati livelli insieme di appropriatezza nell'uso delle risorse e di economicità. Esaminando i dati che si riferiscono al costo medio del percorso di DS per paziente, si nota come, tendenzialmente, le aziende che hanno dedicato apposite unità di DS, indipendenti dalle unità organizzative dedicate ai ricoveri ordinari, presentino il risultato migliore, dimostrando come il modello autonomo sia quello in grado di garantire i livelli di efficienza ed efficacia più adeguati. Occorre comunque precisare che, seppure i risultati ottenuti offrano preziose informazioni ai fini decisionali, vanno letti nel contesto dell'intera ricerca, in questa sede illustrata parzialmente soltanto per consentire di evidenziare e discutere le risultanze contabili della complessa metodologia di analisi. Va a tal proposito apprezzato il contributo dell'applicazione dell'ABC come metodo di rilevazione e l'importanza del monitoraggio attuato attraverso il confronto. Nonostante

	Azienda $\alpha$	Azienda $\beta$	Azienda $\gamma$
Costi per beni di consumo	€ 14.533,87	€ 12.525,50	€ 17.283,69
Costi tecnologie	€ 2.225,14	€ 665,94	€ 32.480,45
Costi personale	€ 34.382,70	€ 102.073,80	€ 245.044,16
<b>TOTALE</b>	<b>€ 51.141,71</b>	<b>€ 115.265,24</b>	<b>€ 294.808,30</b>

**Tabella 9**  
Composizione del costo della degenza

talune criticità che sono emerse nella fase di rilevazione, per la quale sono ancora possibili dei miglioramenti e delle semplificazioni che la rendano meno onerosa, il dato emerso collima con il quadro teorico a sostegno dell'utilizzo di strumenti manageriali nella scelta tra alternative perseguibili.

### Note

1. Con i metodi tradizionali i costi vengono, infatti, assegnati attraverso un approccio funzionale e un'attribuzione standardizzata spesso basata sul volume di attività, rendendo virtualmente impossibile comprendere quale sia il processo che porta alla realizzazione di un certo prodotto o alla fornitura di un dato servizio.
2. Cooper e Kaplan (1992) utilizzano la formula: costi delle risorse in dotazione = costi delle risorse impiegate + costo della capacità inutilizzata. I costi delle risorse in dotazione si misurano periodicamente attraverso i tradizionali bilanci, i costi delle risorse utilizzate sono misurati con ABC. Il costo di capacità inutilizzata è la differenza tra i due.
3. ABM è la tecnica che permette di sfruttare la conoscenza dell'organizzazione delle attività, per poi individuare i *driver* di costo, adattandosi completamente con il *process-driven* organizzativo. Il potenziale dell'ABM si fonda sui dati forniti dalla rilevazione dei costi con metodo *activity-based* e può portare a vantaggi reali per decisioni di gestione dei processi, soprattutto legate al miglioramento delle aree di qualità e al monitoraggio dei costi.
4. In letteratura si suole distinguere tra (Camp, 1989; Spendolini, 1992; Watson, 1993; Bocchino 1995):
  - *benchmarking* competitivo esterno: prevede una definizione dei fattori determinanti del vantaggio competitivo dei concorrenti. Un esempio sotto logica sanitaria è il confronto tra uguali processi intrapresi da aziende in competizione tra loro. La difficoltà nell'attuazione di questo tipo di *benchmarking* risiede nella definizione dei presupposti di conformità, i quali non devono generare un'eccessiva difformità tra le unità in esame poiché ciò necessiterebbe di eccessive ipotesi di fondo che inficerebbero i risultati del confronto;
  - *benchmarking* funzionale si concentra sulla metodologia di gestione e sui processi trasversali a più funzioni, quindi si rapportano processi omogenei/simili anche se riferiti ad aziende o unità che operano in settori diversi. Il vantaggio che può derivare dall'applicazione di questo confronto si insinua nella possibilità di relazionarsi con professionisti percepiti come esterni al sistema sanitario nazionale;
  - *benchmarking* interno, impiegabile generalmente in grandi gruppi d'impresе, al fine di confrontare prestazioni, procedure e *iter* seguiti nelle funzioni e nelle unità di *business* interne;
  - *benchmarking* generico o su processi generici considera processi o funzioni uguali realizzati in settori

diversi, di conseguenza il confronto avviene con prassi e processi disomogenei da quelli oggetto d'indagine con lo scopo di trarre indicazioni generali di procedura; sfruttando la peculiarità di questa tipologia di confronto si scoprono prassi non attuate al proprio interno, predisponendo un'astrazione del processo assistenziale che favorisce la comprensione di ciò che può essere intrapreso all'interno dell'azienda.

5. Gruppo di soggetti tra cui: *project manager* e *project team* Arss, Osservatorio regionale per la *day surgery*, rappresentanti italiani della Iaas, accademici esperti nelle tematiche di *benchmarking* in sistemi organizzativi complessi, esperti statistici, professionisti sanitari del settore ed epidemiologi, alcuni Direttori sanitari a rappresentanza delle specificità locali aziendali, Direzione per i servizi sanitari della Regione Veneto, rappresentanti delle istituzioni nazionali quali esperti per il supporto tecnico e metodologico, con il compito di realizzare le attività di progetto per la fase regionale.
6. Un ricovero ha Drg chirurgico qualora, mediante un algoritmo informatico, vengono riconosciuti tra i sei campi del tracciato della Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo) almeno uno a carattere chirurgico. Armanaschi *et al.* (2009).
7. Ai fini del questionario, il termine «chirurgia ambulatoriale» include solamente quattro procedure precedentemente svolte in ricovero diurno e a oggi trasferite a regime di chirurgia ambulatoriale: 1) inserzione di cristallino artificiale; 2) legatura e *stripping* di vene; 3) liberazione del tunnel carpale (Del.G.R. 2468/2006); 4) interventi di ernia femorale e inguinale (Del.G.R. 3734/2007). Queste tipologie di intervento, pur essendo sia all'interno del bilancio sia nei rapporti con le altre strutture amministrative e con l'utenza (fornitori, percipienti a qualunque titolo, cittadini).
8. La classificazione dei pazienti secondo l'*American Society of Anaesthesiologists (ASA)*, categorizza i pazienti in base al loro stato di salute al momento del trattamento chirurgico e anestesilogico. La classificazione prevede la seguente articolazione:
  - ASA I: paziente sano;
  - ASA II: presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale; bronchite cronica; obesità moderata; diabete ben controllato; infarto miocardico di vecchia data; ipertensione moderata;
  - ASA III: presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato; angina pectoris ben controllata dalla terapia; diabete insulinodipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata;
  - ASA IV: presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza; insufficienza cardiaca severa; angina pectoris «instabile» poco sensibile al trattamento; insufficienza respiratoria, renale, epatica o endocrina di grado avanzato;
  - ASA V: paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico come nel caso shock da rottura di aneurisma; politraumatizzato grave.

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

- ÅHLFELDT H., JOHANSSON A., RIDDERSTOLPE L., RUTBERG H., SKAU T. (2002), «Clinical process analysis and activity-based costing at a heart center», *Journal of Medical Systems*, vol. 26, n. 4, pp. 309-22.
- AIRD B. (1996), «Activity-based cost management in health care - another fad?», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 9(4), pp. 16-9.
- ANTHONY R.N., HAWKINS F.D., MACRÌ M.D., MERCHANT K.D. (2001), *Sistemi di controllo. Analisi economiche per le decisioni aziendali*, McGraw-Hill, Milano.
- ARMANASCHI L., BARTOLONI R., BONIN M., EPIFANI M., GENNARO N., MAZZON E. (2009), *Sviluppo della day surgery e della chirurgia ambulatoriale. Volume 1: il contesto*, ARSS del Veneto, Tipografia 3Bpress, Venezia.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2007), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, CERGAS, Egea, Milano, Cap. 11.
- ARNABOLDI M., LAPSLEY I. (2004), «Modern costing innovation and legitimization: a health care study», *Abacus*, vol. 40, n. 1, pp. 1-20.
- AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS (ACHS) PERFORMANCE AND OUTCOME SERVICE (2006), *Day surgery indicators. Clinical indicator users' manual. Version 4 for use in 2006*, Melbourne, ACHS.
- BACCAGLINI U., BERTINATO L., CASTORO C., DRANCE C.A., MCKEE M. (2007), *Policy brief day surgery: Making it happen*, World Health Organisation.
- BACKER, J.J. (1998), *ABC and ABM for health care*, Aspen Publishers.
- BECCALUVA S., CIAMBELLANI R., MOZZANTI S., MAZZOCCHI S., MERCATELLI A., MORRIELLO M.C., TRENTANOVE F., VALLESI M.T. (2006), «La performance in day surgery: indicatori di qualità e livello di gradimento del cliente», [www.daysurgeryitalia.it](http://www.daysurgeryitalia.it).
- BENSA G., CARBONE C. (2007), «Il benchmarking delle performance: una metodologia di analisi della produzione ospedaliera», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, pp. 411-31.
- BLACKMORE C.C., GLICK N.D., ZELMAN W.N. (2000), «Extending simulation modeling to activity-based costing for clinical procedures», *Journal of Medical Systems*, vol. 24, n. 2, pp. 77-89.
- BOCCHINO U. (2000), *Manuale del controllo di gestione*, Il sole 24 ORE libri, Milano.
- CAMP R.C. (1989), *Benchmarking. The search for Industry best practices that lead to superior performance*, ASQC Quality Press, Milwaukee (WI). Trad: (1991), *Benchmarking. Come analizzare le prassi delle aziende migliori per diventare primi*, Editoriale Itaca, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G., PALADINO G., DEALES A., DELLI QUADRI N. (2002), «La gestione per processi in sanità prende avvio dal Percorso del paziente», *Mecosan*, 44, pp. 9-26.
- CERGAS (1999), *Strategie, modelli e percorsi per l'attivazione della day surgery nell'ambito delle Regioni*, Università Bocconi, Milano.
- CHAN Y.L. (1993), «Improving hospital cost accounting with activity-based costing», *Health Care Management Review*, 18(1), pp. 71-77.
- CHUA W., DEGELING P. (1993), «Interrogating an accounting-based intervention on three axes: instrumental, moral and aesthetic», *Accounting, Organization and Society*, vol. 18 (4), pp. 291-318.
- CINQUINI L. (2003), *Strumenti per l'analisi dei costi*, Vol. I, Giappichelli, Torino.
- CLARKE A. (1996), «Why are we trying to reduce length of stay? Evaluation of costs and benefits of reducing time in hospital must start from the objectives that govern the change», *Quality in health care*, 5, pp. 172-179.
- CLARK C.I., BISWAS A. (2005), «Short stay surgery: reviewing processes. Is these one right way?», *The Journal of One-Day Surgery*, (16) 4, pp. 97-98.
- COOPER R. (1988-a), «The Rise of ABC part one: When do I need an Activity Based Cost System», *Journal of Cost Management*, vol. 2(2), Summer, pp. 45-54.
- COOPER R. (1988-b), «The Rise of ABC part two: When do I need an Activity Based Cost System», *Journal of Cost Management*, vol. 2, Fall, pp. 41-48.
- COOPER R., KAPLAN R.S. (1992), «Activity-Based Systems: Measuring the Costs of Resource Usage», *Accounting Horizons*, September, 6(3), p. 1.
- COOPER R., KAPLAN R.S. (1998), *Cost and Effect*, Harvard Business School Press, Boston.
- DEL VECCHIO M., GALLI D. (2005), «Il benchmarking e l'apprendimento organizzativo», in A. Barretta, E. Vagnoni (a cura di), *Il benchmarking in ambito sanitario*, Cedam, Padova.
- DEVINE K., EALEY T., O'CLOCK P. (2008), «A framework for cost management and decision support across health care organizations of varying size and scope», *Journal of health care finance*, vol. 35(2), pp. 63-75.
- DOWLESS R.M. (1997), «Using activity-based costing to guide strategic decision making», *Healthc. Financ. Manage*, vol. 51(6), pp. 86, 88, 90.
- DRIVER M. (2001), «Activity-based costing: a tool for adaptive and generative organizational learning?», *The learning organization*, vol. 8, n. 3, pp. 94-105.
- ELLWOOD S. (1996), «Pricing services in the UK National Health Service», *Financial, Accountability e Management*, vol. 12(4), pp. 281-301.
- GARRISON R.H. (2007), *Managerial accounting per le decisioni aziendali*, McGraw-Hill, Milano.
- GONZÁLEZ M.E., QUESADA G., MACK R., URRUTIA I. (2000), «Building an activity-based costing hospital model using quality function deployment and benchmarking», *Benchmarking: an International Journal*, vol. 12, n. 4, pp. 310-329.
- GUZZANTI E., MASTROBUONO I. (2006), «La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica e le prospettive di sviluppo», *Organizzazione Sanitaria*, 2, pp. 3-33.

- KAPLAN R.S., ATKINSON A.A. (2002), *Advanced management accounting. Gli strumenti del controllo di gestione* (ed it. a cura di C. Bianchi, A. Bubbio), Isedi, Torino.
- KAPLAN R.S., ANDERSON S.R. (2004), «Time-Driven Activity Based Costing», *Harvard Business Review*, vol. 82(11), p. 131.
- KAPLAN R.S., PORTER M.E. (2011), «How to solve the crisis in Health Care», *Harvard Business Review*, vol. 89(9), pp. 46-52, 54, 56-61.
- JOHNSON H.T. (1988), «Activity based information: a blueprint for world class management accounting», *Management Accounting*, (June), pp. 23-30.
- JOHNSON H.T., KAPLAN R.S. (1987), *The rise and fall of management accounting*, Harvard Business School Press, Boston.
- LAWSON R.A. (2005), «The use of activity based costing in the healthcare industry: 1994 vs. 2004», *Research in healthcare financial management*, vol. 10(1), pp. 77-94.
- LIN B.Y.J., CHAO T.H., YAO Y., TU S.M., WU C.C., CHERN J.Y., CHAO S.H., SHAW K.Y. (2007), «How can activity-based costing methodology be performed as a powerful tool to calculate costs and secure appropriate patient care?», *Journal of Medical Systems*, Springer Science, vol. 31(2), pp. 85-90.
- LINDSAY R. (2000), «Model day surgery complex with extended recovery and medi-motel», *Australian Surgeon*, vol. 23, n. 1, [www.aams.org.au](http://www.aams.org.au).
- LINDSAY R. (1999), «An alternative to acute bed hospitals based on day surgery principle», *Australian Surgeon*, vol. 23, n. 1, [www.aams.org.au](http://www.aams.org.au).
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), «Proposta per organizzazione, sviluppo e regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno», Roma.
- MILLER J.G., DEMEYER A., NAKANE J. (1992), *Benchmarking Global Manufacturing: Understanding International Suppliers, Customers, and Competitors*, Business One Irwin, LA.
- MISHRA B., VAYSMAN I. (2001), «Cost-system choice and incentives - traditional vs. activity-based costing», *Journal of accounting research*, vol. 39, n. 3, pp. 619-641.
- NEGRINI D., KETTLE A., SHEPPARD L., MILLS G.H., ED-BROOKE D.L. (2004), «The cost of a hospital ward in Europe: Is there a methodology available to accurately measure the costs?», *Journal of Health Organization and Management*, vol. 18, n. 3, pp. 195-206.
- RAMSEY R.H. (1994), «Activity-based costing for hospitals», *Hospital Health Service Administration*, vol. 39(3), pp. 385-96.
- RUFFINI R. (1994), «Il benchmarking nella sanità pubblica: esperienze straniere e prospettive di intervento nel contesto italiano», *Mecosan*, vol. 3, n. 12, pp. 108-115.
- ROSS T.K. (2004), «Analyzing health care operations using ABC», *Journal of Health Care Finance*, 30(3), pp. 1-20.
- SERPELLONI G., SIMEONI E. (2004), «Benchmarking di processo», in G. Serpelloni, E. Simeoni, L. Rampazzo (a cura di), *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, Edizione La Grafica, cap. 15, pp. 293-306.
- SHIELDS T. (2001), «Hospitals turning to activity-based costing to save and measure distribution costs», *Healthcare Purchasing News*, vol. 25(11), pp. 14-15.
- SPENDOLINI M.J. (1992), *The benchmarking book*, AMACOM, New York.
- TOSCANO G. (1995), «Il ruolo dei sistemi di activity-based management accounting nelle iniziative di benchmarking», Liuc, paper n. 20, Serie Economia aziendale 3, <http://www.biblio.liuc.it/liucpapersita.asp?codice=21>.
- UDPA S. (1996), «Activity-based costing for hospitals», *Health Care Management Review*, vol. 21(3), pp. 82-96.
- VICHI M.C. (2004), «I processi vanno allo specchio», *Sanità e Management - Sole 24 ore Sanità*, n. 2, febbraio.
- YOUNG W. (2007), «The folly of using RCCs and RVUs for intermediate product costing», *Healthcare Financial Management*, vol. 61(4), pp. 100-108.
- GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, DGR n. 5272/98, «Indirizzi per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di chirurgia di giorno».
- GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, DGR n. 4449/06, «Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati».
- GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, DGR n. 4450/06, «Attività erogabili in regime di ricovero diurno» (con allegato A).



# Pediatri di famiglia e prevenzione delle patologie croniche: la presa in carico del bambino in eccesso ponderale

V. SCARDIGLI, E. VETTURELLI, G. FIORAVANTI, M.L. MARCHETTI, P. MANOTTI, A. PELIZZONI, R. PEASSO

*This article proposes a reflection on the effectiveness of pediatric care for overweight children. In particular it is a retrospective study of a sample of 2,173 overweight children or overweight done at ASL of Mantova.*

Keywords: chronic disease, path diagnostic-therapeutic care, proactive medicine

Parole chiave: patologie croniche, percorso diagnostico-terapeutico, medicina d'iniziativa

## Note sugli autori

Veronica Scardigli è dottore di ricerca e cultrice della materia in Economia delle aziende pubbliche, Università degli Studi di Parma - Facoltà di Economica - Dipartimento di Economia, veronica.scardigli@nemo.unipr.it  
Emanuela Vettorelli (responsabile scientifico del Progetto), Gaia Fioravanti e Maria Letizia Marchetti - Dipartimento Cure Primarie, Asl Mantova  
Pietro Manotti Dipartimento di Sanità pubblica, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Parma  
Alessandra Pelizzoni è pediatra di famiglia, Asl Mantova  
Riccardo Peasso è direttore, Dipartimento Cure primarie, Asl Mantova

## Ringraziamenti

Speciali ringraziamenti per la collaborazione fornita nelle varie fasi del Progetto vanno al dott. Franco Bontempi pediatra dell'A.O. Carlo Poma di Mantova, al dott. Gabriele Giannella, Direttore Area Prevenzione Ambienti di Vita dell'Asl di Mantova, ad Angelo Filippi dell'Ufficio Comunicazione dell'Asl di Mantova e ai Pediatri di famiglia dell'ASL di Mantova, in particolare al dott. Fabio Severi e al dott. Rino Rosignoli. Un altro speciale ringraziamento a tutti coloro che hanno dedicato il loro tempo alla raccolta e all'inserimento dei dati, senza i quali non sarebbe stato possibile portare a termine il progetto

## 1. Il ruolo del PdF nella prevenzione e nella gestione delle patologie croniche

Le malattie croniche rappresentano più dell'80% delle cause di morte in Italia (Istat, 2002) e, come emerge dalle più recenti indagini multiscope dell'Istat (2009), il ritmo di crescita della prevalenza è sempre più veloce: la quota di adulti in eccesso ponderale è in aumento (sovrappeso: dal 33,9% nel 2001 al 36,1% nel 2009; obesi dall'8,5% nel 2001 al 10,3% nel 2009) (Istat, 2009). Molte delle patologie croniche sono associate (in gran parte in maniera causale) all'obesità che rappresenta, pertanto, un fattore di rischio significativo.<sup>1</sup>

Il fenomeno, oltre che tra gli adulti, sta raggiungendo livelli allarmanti anche tra i bambini e gli adolescenti, in quanto la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità è in costante aumento soprattutto in età evolutiva. La quota di bambini e adolescenti (per un campione di età compresa tra i 6 e i 17 anni) in sovrappeso è circa del 20%, mentre risulta del 4% la quota degli obesi. Il fenomeno interessa soprattutto la fascia di età compresa tra i 6 e i 13 anni, dove la percentuale di soggetti in sovrappeso sale al 25% mentre gli obesi superano il 5% (Spagnolo, Meneghetti, 2008). La causa principale di questo rapido incremento può essere identificata nei profondi cambiamenti culturali e comportamentali della nostra società, caratterizzati dalla diminuzione dell'attività fisica e dall'aumentata disponibilità di cibi ad alto contenuto di grassi e calorie (Bernasconi, 2005).

## SOMMARIO

1. Il ruolo del PdF nella prevenzione e nella gestione delle patologie croniche
2. Il contesto di riferimento
3. Obiettivi, metodi e strumenti
4. Risultati: prime riflessioni sull'efficacia della presa in carico pediatrica dei bambini in eccesso ponderale
5. Riflessioni conclusive e prospettive future

La prevenzione, come per tutte le altre malattie croniche, rimane l'unica soluzione realmente efficace al problema dell'obesità. Qualsiasi sforzo in questa direzione non può prescindere dai diversi livelli che condizionano il comportamento e gli stili di vita dei bambini e degli adolescenti: la famiglia, la scuola, le norme culturali e le tradizioni della comunità di appartenenza fino al commercio e alle politiche nazionali e internazionali (Lobstein, Baur, Uauy, 2004). Per quanto concerne la gestione e il trattamento dell'obesità infantile e dell'adolescenza, diversi studi internazionali hanno dimostrato che i maggiori benefici si ottengono attraverso il coinvolgimento dei genitori come responsabili primari della terapia comportamentale.<sup>2</sup> I genitori sono ritenuti essere gli agenti di cambiamento significativamente più efficaci rispetto all'approccio tradizionale (Golan, 1998). Nello specifico, la dieta, l'esercizio fisico, il *counselling* per ridurre comportamenti e stili di vita sedentari sono strumenti sui quali i genitori dovrebbero essere formati per una corretta gestione dei figli e per il miglioramento delle proprie abilità nel campo della genitorialità e della comunicazione (Mulvihill, Quigley, 2003).

In Italia, sulla base di tali evidenze e in considerazione del modello istituzionale del Ssn, il professionista più coinvolto nella gestione dell'obesità è il pediatra di famiglia (PdF). Il PdF è, infatti, il primo punto di riferimento per l'accesso alla rete dei servizi sanitari, ha un rapporto di continuità con il bambino e la sua famiglia basato sulla fiducia e garantito dal principio della libera scelta. In una *review* sistematica internazionale (Van Gerwen *et al.*, 2009) che raggruppa i risultati di varie indagini sulle conoscenze, attitudini e convinzioni dei pediatri nella gestione dell'obesità, è emerso che raramente il pediatra si ritiene in grado di trattare l'obesità in modo autonomo (tra gli studi inclusi nella *review* la percentuale dei pediatri che affermano di possedere le competenze necessarie varia dal 5% al 33%). La gestione ambulatoriale dell'obesità infantile incontra non pochi problemi legati, da un lato, alla scarsa motivazione da parte dei pazienti, alla scarsa *compliance* e alla percezione dell'inutilità dei trattamenti, dall'altro, alla non corretta informazione dei medici e alla non adesione a linee-guida nazionali (Bernasconi, 2005).

In conseguenza dell'aumento del fenomeno ponderale del sovrappeso e dell'obesità nei bambini, il Ministero della salute e le Regioni italiane, stanno promuovendo un maggiore coinvolgimento dei PdF attraverso l'implementazione di Percorsi diagnostico-terapeutici focalizzati sulla presa in carico territoriale dei bambini in eccesso ponderale. In particolare, dal 2002, in attuazione degli Accordi regionali per i PdF in merito all'esecuzione dei Bilanci al Cronico al bambino con patologia cronica per l'obesità infantile, un gruppo di lavoro del Dipartimento per la formazione permanente della Federazione italiana dei medici pediatri (FIMP) lombarda ha elaborato un percorso assistenziale al bambino con eccesso ponderale. Tale percorso aveva lo scopo di guidare il PdF lombardo nella gestione di questa patologia (Brambilla, 2005). Successivamente, nel 2008, la Regione Lombardia ha elaborato delle Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità per il triennio 2008-2010, in cui ha specificato il ruolo del PdF, riconducibile a:

- promozione di corretti stili di vita;
- intercettazione precoce dei soggetti a rischio di eccesso di peso e valutazione della predisposizione a eventuale rischio attraverso criteri anamnestici e clinici;
- promozione/prescrizione personalizzata di adeguati stili di vita (nutrizionali e attività motoria) a valenza terapeutica in caso di riscontro di eccesso ponderale e monitoraggio della stessa;
- invio a valutazione specialistica per i casi più complessi.

Questa scelta sembra del tutto coerente con l'evoluzione in atto delle cure primarie. Tipicamente, le cure primarie sono associate al ruolo svolto dal Mmg (Medico di medicina generale) ma, dal punto di vista strategico, le riflessioni possono essere estese al ruolo svolto dal PdF in riferimento alla popolazione con età inferiore ai quattordici anni.

Bisogna risalire molto indietro nel tempo per avere la prima definizione di cure primarie<sup>3</sup> maturata in ambito anglosassone, da allora si sono mossi molti passi nella direzione del potenziamento delle stesse, ma non abbastanza. Le evidenze dimostrano

come i sistemi maggiormente focalizzati sulle Cure primarie, oltre a migliori risultati in termini di *outcome* clinici, determinano anche una riduzione delle spese sanitarie come conseguenza di un maggiore investimento nella prevenzione. In particolare uno studio dell'OMS (Atun, 2004) evidenzia:

- migliori *outcome* di salute: questa relazione risulta significativa sia analizzando i determinanti di salute a livello macro (es.: Pil procapite, numero totale di medici per 1000 abitanti, percentuale di anziani) che a livello micro (reddito procapite, consumo di alcol e di tabacco);
- minori tassi di mortalità: collegati alla maggiore diffusione di Mmg/PdF come conseguenza di un maggiore investimento nella prevenzione;
- maggiore equità nell'accesso alle cure;
- migliore continuità dell'assistenza;
- maggiore livello di appropriatezza;
- maggiore soddisfazione dei pazienti.

Il potenziamento delle cure primarie è, pertanto, una necessità per la sostenibilità del sistema sanitario, *in primis* dal punto di vista dell'appropriatezza in coerenza con i cambiamenti del quadro epidemiologico.

Il quadro concettuale di riferimento è rappresentato, dal punto di vista manageriale, dalla gestione per processi e in particolare dal *disease management*, dal punto di vista del modello assistenziale, dalla sanità di iniziativa.

Il *disease management* è un approccio multidisciplinare alla cura delle patologie croniche<sup>4</sup> che coordina i diversi livelli di intervento e cura nel decorso della malattia (Ellrodt *et al.*, 1997); è basato su una popolazione *target*, che identifica i pazienti con un certo livello di rischio, intervenendo con specifici programmi di cura e di misurazione dei risultati (Epstein *et al.*, 1985). L'oggetto di riferimento è pertanto la patologia e il paziente in quanto soggetto che sta vivendo un percorso di malattia legato a quella patologia. Tale approccio pone il paziente al centro del sistema, e opera integrando interventi legati alla prevenzione, al trattamento diagnostico e alla riabilitazione-assistenza a lungo termine, nell'ottica della continuità assistenziale. Gli elementi caratterizzanti sono:

a) coordinata della patologia da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali prendendo in carico i bisogni del paziente nelle diverse fasi di evoluzione. Dal punto di vista organizzativo, si realizza il coordinamento delle singole componenti dell'offerta, attraverso il Percorso diagnostico-terapeutico, (PDT), che si configura come strumento operativo e gestionale;

b) riconducibilità a un unico referente delle responsabilità cliniche, gestionali ed economiche del paziente (Cavallo, Del Vecchio, 1996), che si realizza attraverso la presa in carico;

c) appropriatezza clinica e allocazione delle risorse: il *focus* della cura viene spostato dalla fase acuta, trattata a livello ospedaliero, alla fase preventiva, trattata a livello territoriale;

d) investimento nella prevenzione e nell'*empowerment* del paziente: l'intervento è focalizzato sulla prevenzione o, comunque, sulla riduzione al minimo delle complicanze al fine di ridurre i rischi legati al peggioramento della malattia cronica. Si basa sull'implementazione di programmi di prevenzione e di *empowerment* del paziente e delle famiglie per migliorare il rapporto del paziente con la gestione della propria malattia, attraverso la promozione di corretti stili di vita.

Quest'ultimo elemento caratterizzante un approccio orientato al *disease management* si ricollega al secondo riferimento concettuale: la sanità di iniziativa.

La *sanità di iniziativa* si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico «proattiva» dei cittadini e su un nuovo approccio organizzativo. Tale approccio organizzativo deve assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e deve organizzare un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile, rallentando il decorso delle patologie croniche e prevenendo l'insorgenza delle patologie acute (Maciocco, 2009).

In letteratura questa definizione viene riferita, in generale, al nuovo modello organizzativo e assistenziale delle cure primarie e, nello specifico, in riferimento a una nuova interpretazione del Mmg, con particolare attinenza alle patologie croniche, alla luce

di modelli operativi quali il *Chronic care model*.<sup>5</sup>

Ma questa definizione è adatta anche all'ambito pediatrico, con particolare riferimento al problema dell'eccesso ponderale in età evolutiva.

Infatti, la sanità di iniziativa assume un modello operativo basato sull'interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento, e il *team* multiprofessionale composto da operatori socio-sanitari, infermieri e Mmg. In campo pediatrico, il paziente esperto sarà la famiglia, oltre al bambino, e gli interventi di informazione e addestramento avranno come *focus*: i corretti stili di vita, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica. Come precedentemente ricordato, evidenze empiriche sottolineano l'importanza del *self management* e del *follow-up* per il trattamento dell'eccesso ponderale in età pediatrica, ponendo al centro della rete dei vari interventi il PdF.

## 2. Il contesto di riferimento

L'Asl di Mantova si colloca nella parte a sud-est della Regione Lombardia e comprende 70 comuni corrispondenti al territorio provinciale. La popolazione assistita a marzo 2011 è pari a 414.222 persone (fonte anagrafe assistiti Asl Mantova), di cui 54.571 in età pediatrica, (0-14 anni). I PdF operanti nel territorio dell'Asl sono 46.

Il Dipartimento Cure primarie dell'Asl di Mantova, a partire dal 2007, ha intrapreso un percorso di forte collaborazione con i Pediatri di famiglia promuovendo la presa in carico dei bambini in eccesso ponderale. Questo è stato possibile attraverso la condivisione, nell'ambito del più ampio progetto di *budget* di distretto,<sup>6</sup> di un PDT finalizzato alla presa in carico, da parte del PdF di almeno il 5% dei propri assistiti in fascia di età 2-14 anni in eccesso ponderale, individuati con l'indice di BMI secondo Cole. La presa in carico, alla luce delle raccomandazioni elaborate e diffuse dalla Regione Lombardia,<sup>7</sup> prevede l'effettuazione di tre visite di *follow-up* all'anno dopo la prima visita, o di quattro visite/anno di *follow-up* per pazienti già presi in carico, con un intervallo di tempo di circa tre mesi. L'impostazione condivisa con i PdF prevede un'applicazione flessibile delle suddette

indicazioni sulla base del livello di gravità dei bambini e del livello di *compliance* della famiglia.

## 3. Obiettivi, metodi e strumenti

L'obiettivo primario della ricerca è di valutare l'efficacia della presa in carico da parte dei PdF dei bambini in eccesso ponderale, attraverso l'analisi dello stato ponderale all'inizio e alla fine della presa in carico. Obiettivi secondari sono la valutazione della *compliance* dei pediatri ai criteri di presa in carico definiti dal PDT e la relazione tra applicazione di tali criteri e miglioramento dello stato ponderale.

Dal punto di vista metodologico la ricerca si configura come uno studio retrospettivo: l'analisi si concentra su una popolazione di 2.173 bambini in eccesso ponderale, di età compresa tra i 2 e i 14 anni, presi in carico dai 46 Pls (Pediatri di libera scelta) nell'ambito del progetto implementato presso l'Asl di Mantova in un periodo di 33 mesi (1/4/2008 - 31/12/2010). A livello metodologico è opportuno fornire una definizione di eccesso ponderale, utile per comprendere la successiva analisi dei risultati.

L'obesità è definita come un eccesso di massa grassa corporea: nell'adulto viene attualmente utilizzato l'Indice di massa corporea o *Body Mass Index (BMI)* espresso dal rapporto tra il peso in chilogrammi e il quadrato della statura in metri, definendo i soggetti in soprappeso coloro che hanno un BMI compreso tra 25 e 30 e obesi i soggetti con BMI uguale o superiore a 30. Nell'infanzia e nell'adolescenza, il criterio più utilizzato è quello elaborato da Cole (*Cole et al.*, 2000), il quale ha calcolato i punti di *cut-off* per il soprappeso e per l'obesità, per i due sessi e per ciascuno degli anni che vanno dai 2 ai 18.

Al fine della presa in carico dei bambini è stata utilizzata la definizione di BMI e la conseguente classificazione fornita da Cole.

Il PDT, come precedentemente dichiarato, stabilisce la presa in carico a livello territoriale dei bambini con BMI compreso tra 25 e 35, classificati rispettivamente come in soprappeso e obesi, il BMI superiore a 35 identifica un'obesità di secondo livello che necessita di cure specialistiche ospedaliere. Nell'ambito del *budget* di distretto è stata individuata, co-

me obiettivo specifico di ciascun Pls, la presa in carico del 5% dei bambini con eccesso ponderale con età compresa 2-14 anni. Inoltre ai Pls è stato richiesto l'invio di un debito informativo finalizzato al monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Pertanto l'analisi dei dati si basa sull'elaborazione dei flussi informativi inviati dai Pls attraverso la scheda di presa in carico e *follow-up*. Ai Pls coinvolti nel progetto è stato chiesto di inviare una scheda, a scadenza mensile, contenente alcune informazioni relative a ciascuna visita (prima visita e *follow-up*): data rilevazione, codice della visita (se prima visita o *follow-up*), tessera sanitaria dell'assistito, sesso, data di nascita, età, altezza in cm, peso in ettogrammi, BMI secondo Cole, classe BMI secondo Cole, consegna materiale educativo, consigli su attività motoria, invio ad altra struttura specialistica.

Lo studio si basa pertanto sull'elaborazione delle informazioni rilevate dai flussi informativi sulla base del suddetto tracciato *record*.

Importante, a questo proposito, rilevare che la scheda informativa, nella prima fase del progetto, è costituita da un foglio di *Excel* inviato in formato elettronico all'Asl, ma a partire dal 2010 i PdF sono stati dotati di un *software* finalizzato all'estrazione delle informazioni direttamente dalle cartelle cliniche degli stessi.

Le rilevazioni considerate qualitativamente corrette e pertanto utilizzabili ai fini dello studio sono state 7.364, che si riferiscono ad altrettante visite, e a 2.173 bambini presi in carico, che rappresentano il campione (intera popolazione). Come successivamente descritto si è proceduto a effettuare sottocampionamenti, utili a condurre analisi più specifiche.

La presentazione dei primi risultati è articolata in tre fasi successive, per ciascuna delle quali si fornisce di seguito una dettagliata analisi del metodo. Le fasi sono definite successive in quanto *in primis* si è proceduto con l'analisi dell'intera popolazione presa in carico, che ha avuto pertanto almeno una visita da parte del proprio PdF (fase 1), senza effettuare alcuna riflessione riguardante il processo. Successivamente, si è proceduto a escludere dall'analisi i bambini che, nel periodo di riferimento, hanno avuto una sola visita e che pertanto sono stati conside-

rati «persi» rispetto al processo, ovvero interessati da un fenomeno di *drop-out*, poiché il concetto stesso di presa in carico prevede il rispetto di criteri di continuità (fase 2). Questa fase pone l'attenzione sul processo stesso, ovvero sulle modalità di applicazione del Pdt e sul rispetto dei criteri di presa in carico (c.d. variabili di processo). Infine, l'analisi è stata ulteriormente circoscritta ai soli bambini classificati alla presa in carico come sovrappeso o obesi, al fine di valutare l'efficacia del Pdt attraverso lo studio dell'impatto dello stesso sullo stato ponderale degli assistiti (fase 3). Di seguito le tre fasi sono analizzate in modo dettagliato, con specifico rimando al paragrafo in cui sono presentati i risultati.

#### 4. Risultati: prime riflessioni sull'efficacia della presa in carico pediatrica dei bambini in eccesso ponderale

##### 4.1. La popolazione presa in carico

In 33 mesi di implementazione del progetto (aprile 2008 - dicembre 2010) sono stati presi in carico dai PdF 2.173 assistiti, di cui 49% femmine e 51% maschi di età compresa tra i 2 e i 14 anni.

Il 48% (1.036 in valore assoluto) è risultato obeso il 50% (1.077) in sovrappeso e il 2% (60 valore assoluto) è risultato normopeso alla prima visita, sulla base della classificazione di Cole. I bambini presi in carico nei 33 mesi rappresentano circa il 4% del totale della popolazione assistita nella fascia di età 2-14.<sup>8</sup>

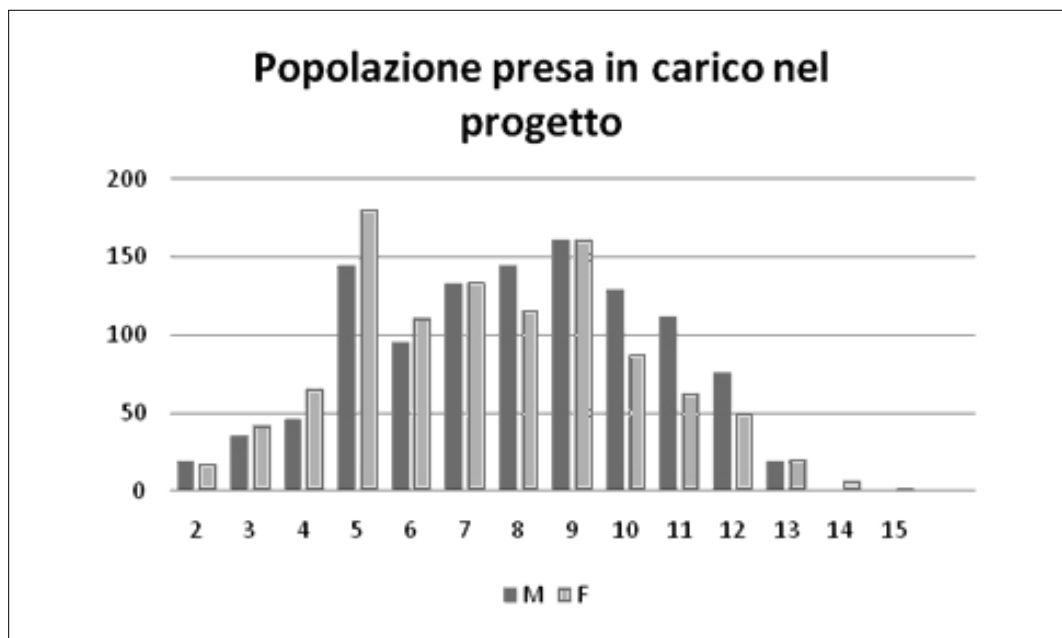
L'età media delle femmine alla presa in carico è 7,7 anni, mentre quella dei maschi è 8,2 anni.<sup>9</sup> Le femmine sono mediamente prese in carico prima (dal punto di vista anagrafico) rispetto ai maschi.

La distribuzione per età del campione al momento della presa in carico rileva l'efficacia dell'uso dell'ottavo bilancio di salute<sup>10</sup> come strumento di emersione del fenomeno. Infatti, il 15% dei bambini è stato preso in carico all'età di 5 anni e un ulteriore 15% all'età di 9 anni (**figura 1**).

Il 48% dei bambini (1.040 in valore assoluto) sono stati presi in carico nei primi 9 mesi del progetto (aprile - dicembre 2008), il 29% (635 in valore assoluto) nel 2° anno (2009), e il 23% (498 in valore assoluto) il

**Figura 1**

Distribuzione del campione per età e per sesso al momento della presa in carico



3° anno (2010). Il 50% del campione è stato preso in carico entro 10 mesi dopo l'inizio del progetto (gennaio 2009). Mensilmente sono stati presi in carico in media 66 assistiti.

Ciascun PdF su una popolazione assistita media di 853 bambini nella fascia di età 2-14 anni ne ha presi in carico mediamente 43, che corrispondono al 5% annuo. Se si prende in considerazione la percentuale di bambini e adolescenti presi in carico da ciascun PdF, il 46% dei pediatri rientra nella media (si considera in media una percentuale di presa in carico del 4-6%), il 37% sono sotto la media, mentre il 17% risultano al di sopra della media.

#### 4.2. Risultati dell'analisi sulle modalità di presa in carico

L'analisi delle modalità di presa in carico è utile al fine di studiare gli elementi caratterizzanti del processo. Si ricorda che la presa in carico da parte del PdF, deve prevedere quattro visite (una di presa in carico + tre di *follow-up*, oppure quattro di *follow-up*) all'anno per ciascun bambino, con un'interpretazione flessibile delle suddette indicazioni, a seconda della complessità del caso. La durata della presa in carico, il numero di visite e l'intervallo tra le stesse sono stati as-

sunti come variabili del processo al fine di analizzare l'esistenza di correlazioni con il risultato della presa in carico.

Come descritto nella metodologia, l'analisi da questo punto è circoscritta a 1.456 bambini che hanno avuto più di una visita nel periodo di riferimento.<sup>11</sup>

#### Mesi di presa in carico

I mesi di presa in carico sono in media 14,7 (deviazione standard 8,59). Il 24% dei bambini (343) è stato seguito meno di sei mesi, il 23% (333) più di sei mesi, ma meno di un anno, il 35% (515) più di un anno e meno di due anni e il restante 18% (265) più di due anni (**tabella 1**). In sintesi, si ritiene di rilevare che più della metà dei bambini è stata mantenuta in carico più di un anno (mediana 13,53 mesi) e questo è ritenuto essere il tempo minimo affinché un intervento sull'eccesso ponderale sia efficace. Nel PDT non è stato definito un tempo minimo di presa in carico e questo può rappresentare un elemento critico dello stesso.

#### Numero di visite

Il numero di visite medio è 4,6 (deviazione standard 2,6), la metà dei bambini (mediana) ha avuto 4 visite, un bambino su quattro ha

Variabile	Media	Deviazione standard	Mediana	Percentile 25	Percentile 75
Mesi di presa in carico	14,70	8,59	13,53	6,85	21,37
Numero di visite	4,6	2,6	4,0	2,0	6,0
Intervallo medio fra le visite (mesi)	3,3	1,7	2,9	2,3	3,8

**Tabella 1**  
Variabili di presa in carico, statistiche descrittive

Criteri PDT	Sovrappeso		Obeso		Totale	
	N	%	N	%	N	%
PDT correttamente applicato	390	56,6%	467	62,4%	857	59,6%
PDT non correttamente applicato	299	43,4%	281	37,6%	580	40,4%
<b>Totale</b>	<b>689</b>	<b>100,0%</b>	<b>748</b>	<b>100,0%</b>	<b>1437</b>	<b>100,0%</b>

**Tabella 2**  
Modalità di applicazione del PDT

avuto meno di 2 visite (25° percentile) e uno su quattro ne ha avute più di 6 (75° percentile) (tabella 1).

#### Intervallo tra le visite

L'intervallo medio tra le visite è 3,3 mesi (deviazione standard 1,7), la metà dei bambini hanno avuto le visite a distanza di 2,9 mesi, un bambino su quattro ha avuto le visite a distanza inferiore a 2,3 mesi e un bambino su quattro è stato seguito a intervalli maggiori di 3,8 mesi (tabella 1).

Il tempo che intercorre tra una visita e la successiva sembra una variabile piuttosto significativa per descrivere la modalità di presa in carico. Emerge, da una prima analisi dei dati, che il 17% dei bambini non è stato seguito nel rispetto dei criteri del PDT in quanto le visite hanno avuto intervalli superiori ai quattro mesi.

#### Modalità di applicazione del PDT

Al fine di disporre di un dato di sintesi sul processo, utilizzando le variabili precedenti, con i criteri descritti nella metodologia, si è posta l'attenzione sulle modalità di applicazione del PDT. Applicando i suddetti criteri, il PDT risulta correttamente applicato nel 59,6% dei casi (857 bambini), ciò significa che per questi pazienti, sono state fatte almeno quattro visite nel periodo di presa in carico,

Statistica	Percentuale di applicazione
Media	60,66
Deviazione standard	28,86
25° percentile	40,0
Mediana	66,1
75° percentile	80,0

**Tabella 3**  
Corretta applicazione del PDT da parte dei PDF

co, con un intervallo di 2-5 mesi tra le stesse, così come stabilito nel PDT. In particolare, più frequentemente per i pazienti risultati obesi alla prima visita (62,4%) rispetto ai pazienti in sovrappeso (56,6%) ( $p = 0,024$ ). La percentuale di applicazione non è significativamente diversa tra maschi e femmine ( $p = 0,373$ ) (tabella 2).

Molto interessante quanto emerge circa le modalità di applicazione del PDT da parte dei PdF, i dati rilevano infatti che in media i pediatri applicano correttamente i criteri del PDT per il 60% dei pazienti presi in carico, con una deviazione standard del 28,86% (tabella 3).

#### Riflessione sul fenomeno del drop-out

Un elemento critico che merita particolare attenzione è il fenomeno del *drop-out*, ovvero dei bambini che hanno avuto una sola visita nell'arco dei 33 mesi, nel periodo antecedente il 30 giugno 2011.

Tali pazienti, dal punto di vista della classe di BMI, si dimostrano essere infatti pazienti critici: in particolare il 56% (317) è sovrappeso e il 38% (218) obeso.

Questo dato deve far riflettere e deve essere ulteriormente approfondito con indagini *ad hoc* in quanto risulta un indicatore di insuccesso del progetto. Sul totale degli assistiti presi in carico, questo fenomeno ha un peso del 26% ed è fortemente collegato all'interpretazione del ruolo da parte del PdF. Si evidenzia una forte differenziazione tra i PdF (nell'elaborazione sono stati esclusi i PdF cessati), in particolare 14 PdF (33%) hanno una percentuale di abbandono superiore alla media, mentre più del 50% ha una percentuale di abbandono inferiore al 15%.

#### 4.3. Risultati dell'analisi sull'efficiacia di presa in carico

L'analisi dell'efficacia della presa in carico rileva interessanti risultati raggiunti in questo senso, infatti il 20% dei bambini è stato interessato a un cambio di classe (da obeso a sovrappeso o da sovrappeso a normopeso) e, più in generale, il 70% dei bambini ha ridotto il proprio eccesso ponderale. Quindi, la presa in carico pediatrica sembra essere efficace nel modificare lo stile di vita dei bambini e, in generale, della famiglia.

Infatti, come specificato successivamente, la presa in carico ha portato a una riduzione significativa del BMI. Questo risultato è molto importante, in quanto negli studi controllati, in cui sono valutati anche soggetti che non vengono sottoposti a nessun intervento, i bambini o ragazzi del gruppo di controllo (che non ricevono interventi), tendono a peggiorare il loro stato ponderale o a rimanere stabili (Plachta Danielzik *et al.*, 2011; Economos *et al.*, 2007; Hollar *et al.*, 2010).

A livello internazionale sono stati condotti alcuni studi sull'efficacia dell'intervento nelle scuole, e la maggior parte arrivano alle stesse conclusioni: nonostante si siano rilevati cambiamenti comportamentali per quanto riguarda la dieta, le conoscenze alimentari e la sensibilità sul tema, non si sono raggiunti significativi risultati sul BMI (Bernasconi, 2005).

Lo studio delle correlazioni tra *outcomes* (classe BMI e BMI *z score*) e variabili di presa in carico (numero di visite, durata *follow-up* e intervallo fra le visite) evidenzia che:

- il raggiungimento di risultati più significativi, quali il passaggio a una classe di BMI inferiore rispetto a quella di partenza, è associato a periodi di tempo più lunghi con un numero più elevato di visite di *follow-up* (tabella 8);

- il miglioramento anche minimo dello stato ponderale (espresso come riduzione del BMI *z score*) è invece associato a visite più ravvicinate (intervallo medio fra le visite più basso) (tabella 9).

Come descritto nella metodologia, l'analisi da questo punto è circoscritta a 1.437 bambini classificati alla prima visita sovrappeso o obesi, con esclusione quindi dei normopeso.

#### Andamento classe BMI alla prima e all'ultima visita nel periodo di riferimento

Nel 20% del campione si è verificato un miglioramento di classe, ovvero un passaggio a classi BMI inferiori. I soggetti che non sono migliorati sono per lo più rimasti stabili (75% del totale), mentre il 5% è peggiorato (tabella 4). I bambini sono migliorati, stabili o peggiorati indipendentemente dal loro ses-

**Tabella 4**

Andamento classe BMI tra prima e ultima visita del PDT

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Peggiorati	39	5,3%	28	4,0%	67	4,7%
Stabili	562	76,0%	518	74,2%	1080	75,2%
Migliorati	138	18,7%	152	21,8%	290	20,2%
<b>Totale</b>	<b>739</b>	<b>100,0%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	<b>1437</b>	<b>100,0%</b>



	Classe BMI alla prima visita				Totale	
	Sovrappeso		Obeso			
	N	%	N	%	N	%
Stabile o peggiorato	598	86,8%	549	73,4%	1147	79,8%
Migliorato	91	13,2%	199	26,6%	290	20,2%
<b>Totale</b>	<b>689</b>	<b>100,0%</b>	<b>748</b>	<b>100,0%</b>	<b>1437</b>	<b>100,0%</b>

**Tabella 5**  
Andamento delle classi BMI in funzione della situazione alla prima visita.

so: infatti la distribuzione delle percentuali è omogenea nei due sessi ( $p = 0,211$ ).

La percentuale di miglioramenti è significativamente più alta tra gli obesi alla prima visita (26%) rispetto ai bambini in sovrappeso (13%) (tabella 5). Inoltre, chi risulta obeso alla prima visita ha una probabilità di migliorare doppia (2,38 volte) rispetto a chi è solo sovrappeso.<sup>12</sup>

#### Andamento BMI standardizzato alla prima e all'ultima visita nel periodo di riferimento

Rispetto all'indicatore precedente, l'analisi *z score* permette di confrontare l'andamento del BMI nell'arco di tempo di osservazione. In altri termini, nell'analisi precedente viene considerato come miglioramento il passaggio a una classe inferiore; nella presente analisi si considera invece migliorato chi ha ridotto il proprio BMI *z score*.

Sulla base di tale analisi, risulta che il miglioramento di BMI interessa il 71% (1.425 bambini) del campione. I risultati di questa analisi confermano la maggiore probabilità di miglioramento per i bambini obesi rispetto a quelli in sovrappeso: i primi hanno il 14% in più di probabilità di migliorare (tabella 6).

	Stabile o peggiorato	Migliorato	Totale
Sovrappeso	252 (61,2%)	437 (42,6%)	689 (47,9%)
Obeso	160 (38,8%)	588 (57,4%)	748 (52,1%)
<b>Totale</b>	<b>412 (100,0%)</b>	<b>1025 (100,0%)</b>	<b>1437 (100,0%)</b>

Per quanto riguarda la quantificazione del miglioramento, la riduzione media del BMI *z score* è 0,09 per i sovrappeso e 0,15 per gli obesi (tabella 7).

In uno studio americano (Fullerton *et al.*, 2007) di valutazione di efficacia di un programma di management del peso in ragazzi sovrappeso e obesi che frequentavano scuole secondarie (età intorno ai 12 anni), la riduzione media del BMI *z score* è stata di 0,13 per coloro che seguivano il programma «Instructor Led Intervention» e di 0,04 per coloro che seguivano il programma «Self Help». Altri programmi condotti negli Stati Uniti hanno portato a riduzioni dello stesso ordine di grandezza: - 0,13 nello studio di Economos *et al.* (2007) e - 0,04 nello studio di Dreimane *et al.* (2007). In un programma multidisciplinare di management dello stato ponderale condotto da un centro ospedaliero nelle Filippine, si è ottenuta una riduzione media

**Tabella 6**  
Andamento BMI standardizzato tra prima e ultima visita (migliorato se BMI *z score* finale è < del BMI *z score* iniziale)

	BMI <i>z score</i> iniziale	BMI <i>z score</i> finale	Significatività (test di Wilcoxon)
<b>Sovrappeso (n = 689)</b>	1,57 (1,37-1,74)	1,48 (1,22-1,70)	$p < 0,001$
<b>Obeso (n = 748)</b>	2,20 (2,02-2,45)	2,05 (1,80-2,32)	$p < 0,001$
<b>Totale (n = 1437)</b>	1,92 (1,58-2,21)	1,77 (1,44-2,09)	$p < 0,001$

**Tabella 7**  
Confronto fra BMI *z scores* iniziale e finali per i bambini e adolescenti presi in carico. Mediane (Range interquartili)

di 0,15 del BMI *z score* in bambini e ragazzi in sovrappeso (tra 5 e 17 anni) (Tan Ting, Lido, 2010). Risultati meno soddisfacenti sono quelli riscontrati da Plachta Danielzik *et al.* (2011) in un *trial* randomizzato tedesco su studenti dai 6 ai 14 anni, nel quale si è verificato, nel complesso, un peggioramento dello stato ponderale sia nei soggetti sottoposti a intervento (+ 0,18) che nei controlli (+ 0,22). Alcuni pediatri ospedalieri italiani (Tanas *et al.*, 2007) hanno ottenuto ottimi risultati nella gestione di 254 bambini/ragazzi di età media intorno ai dieci anni: le riduzioni del BMI *z score* andavano da - 0,13, nei soggetti ai quali è stata semplicemente proposta una dieta, a - 0,43, nei soggetti sottoposti a un intervento più completo di educazione terapeutica familiare. La revisione della letteratura, schematizzata nella **tabella 8**, permette di concludere che il risultato, in termini di riduzione del BMI *z score*, dei bambini presi in carico in questo studio è in linea, e in alcuni casi migliore di quelli ottenuti da altri studi.

#### *Correlazioni tra andamento della classe BMI e variabili di presa in carico*

Lo studio delle correlazioni tra l'*outcome* e le modalità di presa in carico rileva risultati molto interessanti.

I bambini migliorati sono seguiti in media 1,86 mesi in più di chi è rimasto stabile o non è migliorato e hanno in media 0,62 visite in più. In particolare, la probabilità di migliorare aumenta dell'8,4% a ogni visita in più che viene fatta al paziente.<sup>13</sup>

Non sono state rilevate differenze significative per la variabile intervallo medio tra le visite (**tabella 9**).

#### *Correlazioni tra andamento BMI standardizzato e variabili di presa in carico*

Se il miglioramento è considerato come riduzione del BMI (*z-score*) e non solo come cambio classe, l'intervallo tra le visite risulta essere la variabile che maggiormente incide sull'*outcome*: i bambini migliorati hanno avuto visite più ravvicinate rispetto ai bambini peggiorati (**tabella 10**).

## 5. Riflessioni conclusive e prospettive future

Le riflessioni conclusive verranno presentate a partire dagli obiettivi dello studio. Si ricorda a tal proposito, che:

- obiettivo primario della ricerca è di valutare l'efficacia della presa in carico da parte dei PdF dei bambini in eccesso ponderale;

- obiettivi secondari sono la valutazione della compliance dei pediatri ai criteri di presa in carico definiti dal PDT e la relazione tra applicazione di tali criteri e miglioramento dello stato ponderale.

Partendo dagli obiettivi secondari si ritiene che l'analisi dei dati precedentemente descritta porti ad affermare che nel 60% dei casi (857 bambini), escluso il fenomeno del *drop-out*, il PDT è correttamente applicato.<sup>14</sup> Questo risultato pone in essere interessanti valutazioni su due aspetti:

- l'implementazione e la condivisione di PDT a livello territoriale risultano efficaci strumenti coordinamento sulle modalità di trattamento della casistica nella medicina territoriale, tipicamente caratterizzata da un elevato livello di autonomia professionale e clinica. Questo strumento pone l'attenzione sull'importanza di condividere criteri per il trattamento della casistica alla luce di standard di riferimento che abbiano alla base valutazioni di tipo clinico e professionale;

- il livello di *compliance* tra i PdF che decidono di aderire sembra non presenti differenze statisticamente rilevanti, mentre significativamente rilevante è il livello di non aderenza al progetto per alcuni pediatri che, dopo la prima adesione, non lo hanno portato avanti, con un significativo fenomeno di *drop-out* di pazienti (questo fenomeno ha riguardato il 33% dei PdF interessati a un fenomeno di abbandono statisticamente superiore alla media).

Alla luce di queste osservazioni, si potrebbe concludere che la condivisione di un PDT sembra un valido strumento per l'implementazione di progetti aziendali, in questo caso la presa in carico di pazienti in sovrappeso, e che i professionisti, se adeguatamente coin-

**Tabella 8**

Sintesi principali studi scientifici

Citazione	Tipo di studio	Luogo di studio	Soggetti allo studio	Tipo di intervento	Outcomes	Risultati
Fullerton, 2007	Valutazione di efficacia di un programma di management del peso a scuola confronto (randomizzato) tra due diversi approcci.	USA	Bambini in sovrappeso e obesi età media 12 anni (scuole secondarie).	Due interventi: ILI ( <i>Instructor-Led Intervention</i> ) e SH ( <i>self-help</i> ).	Miglioramento QOL (indicatore qualità della vita). Riduzione BMI z score in relazione al QOL.	Riduzione zBMI: IL: riduzione BMI z score - 0,13 ± 0,14 SH: aumento + 0,04 ± 0,12. Riduzione del zBMI è associata a un aumento del QOL.
Plachta-Danielzik, 2011	Trial randomizzato «quasi-controllato»: valutazione efficacia intervento sullo stato ponderale.	Germania	Studenti 6-14 anni. 240 sottoposti a intervento (I) e 952 non sottoposti ad intervento (NI).	Intervento sullo stato ponderale, stili di vita, pressione arteriosa.	Riduzione del BMI z score in 8 anni.	Nel complesso peggioramento dello stato ponderale: + 0,18 (I) e + 0,22(NI). Solo nel gruppo ad alto status socio-economico il cambiamento del BMI z score era significativamente migliore nei soggetti I (- 0,17) rispetto ai NI (+ 0,17).
Economos, 2007	Trial controllato non randomizzato. <i>Community based</i> : una comunità soggetta ad intervento e 2 comunità di controllo (altre città).	USA	Studenti di 1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> e 3 <sup>a</sup> elementare, il 44% dei quali sovrappeso.	Ripartire il bilancio energetico all'equilibrio aumentando esercizio fisico e proponendo alimenti salutari. Coinvolgimento di vari soggetti con diverse competenze.	Riduzione del BMI z score.	Riduzione del BMI z score maggiore nel trattamento rispetto ai controlli. I: dBMIz = - 0,13 (- 0,018 to - 0,08).
Hollar, 2010	Studio «quasi-sperimentale» per valutazione efficacia intervento di promozione della salute.	USA	2494 bambini 6-13 anni per la durata di 2 anni.	Educazione a stili di vita salubri, attività fisica, modificazione composizione pasti della mensa ed educazione dei genitori.	Riduzione BMI z score.	Nel gruppo di intervento il BMI z score è diminuito significativamente nelle femmine (- 0,03) e non significativamente nei maschi. Nei controlli aumentava (+ 0,10) nei maschi e rimaneva stabile nelle femmine.
Tan-Ting, 2010	Studio prospettico.	Filippine	44 bambini sovrappeso tra 5-17 anni.	Programma multidisciplinare portato avanti da centro ospedaliero per la gestione dello stato ponderale.	Diminuzione del peso, BMI, BMI z score.	Peso ridotto di 4,2 kg in media, BMI ridotto di 1,5 unità, BMIz ridotto di 0,15.
Dreimane D, 2007	Confronto fra programma di 12 settimane e 8 settimane.	USA	264 bambini-adolescenti (11,5 ± 2,1 anni) con BMI > 85° percentile.	Programma <i>hospital-based, family-centered</i> per la salute e lo stato ponderale: strategie di alimentazione sana, attività fisiche di gruppo, modificazione dei comportamenti.	Riduzione peso, BMI, BMI z score.	Riduzione di BMI significativamente maggiore nel programma di 12 settimane rispetto a quello di 8. La riduzione di BMI z score non era significativamente maggiore (- 0,04 + - 0,06 nel programma di 12 settimane vs 0,02 + - 0,10 nel programma da 8 settimane).

Tabella 9

Correlazione tra *outcome* e variabili indipendenti in relazione all'andamento della classe BMI

Classe BMI alla prima visita	Numero di visite Media (deviazione standard)			Mesi di presa in carico Media (deviazione standard)			Intervallo medio tra le visite Media (deviazione standard)		
	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>
Sovrappeso	4,32 (2,52)	4,91 (2,29)	<b>0,038</b>	14,14 (8,47)	15,96 (8,23)	<b>0,002</b>	3,41 (1,77)	3,28 (1,29)	0,577
Obeso	4,58 (2,52)	5,14 (2,82)	<b>0,026</b>	14,49 (8,58)	16,27 (8,89)	<b>0,015</b>	3,25 (1,72)	3,39 (1,87)	0,546
<b>Totale</b>	<b>4,45 (2,52)</b>	<b>5,07 (2,66)</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>14,31 (8,52)</b>	<b>16,17 (8,28)</b>	<b>0,001</b>	<b>3,24 (1,75)</b>	<b>3,36 (1,71)</b>	<b>0,594</b>

Tabella 10

Correlazione tra *outcome* e variabili indipendenti in relazione all'andamento dello *z-score*

Classe BMI alla prima visita	Numero di visite Media (deviazione standard)			Mesi di presa in carico Media (deviazione standard)			Intervallo medio tra le visite Media (deviazione standard)		
	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>	Stabile o peggiorato	Migliorato	<i>p value</i>
Sovrappeso	4,31 (2,43)	4,45 (2,53)	0,535	14,41 (8,28)	14,36 (8,57)	0,823	3,55 (1,93)	3,31 (1,58)	0,365
Obeso	4,74 (2,53)	4,72 (2,64)	0,784	15,61 (8,50)	14,78 (8,74)	0,209	3,53 (1,99)	3,22 (1,69)	0,096
<b>Totale</b>	<b>4,48 (2,47)</b>	<b>4,61 (2,60)</b>	<b>0,471</b>	<b>14,88 (8,38)</b>	<b>14,60 (8,67)</b>	<b>0,412</b>	<b>3,54 (1,95)</b>	<b>3,26 (1,64)</b>	<b>0,041</b>

volti, sembrano applicare adeguatamente quanto condiviso.

Per quanto riguarda la relazione tra l'applicazione di tali criteri e il miglioramento dello stato ponderale, l'analisi ha messo in evidenza che l'efficacia della presa in carico, se consideriamo come efficace la riduzione del BMI, è statisticamente correlata alla variabile tempo, ovvero ai mesi di presa in carico, e alla variabile numero di visite. Tanto maggiore è il tempo di presa in carico e il numero di visite correlate, tanto maggiore è la probabilità di migliorare l'efficacia della presa in carico. Sicuramente questo aspetto pone interessanti elementi di riflessione anche sulla possibile evoluzione futura. Questo tema è fortemente correlato con il ruolo del management: quello di individuare le va-

riabili che incidono sul raggiungimento dei risultati attesi e di tradurle in indicatori da monitorare e da collegare al sistema incentivante. Per esempio in questo specifico caso, che volendo generalizzare riguarda non tanto la presa in carico di patologie croniche bensì la prevenzione delle stesse, la variabile tempo è fortemente correlata al raggiungimento dei risultati attesi, quindi in futuro dovrebbe essere auspicabile l'assunzione di questa variabile come determinante nella valutazione dei livelli di *compliance* dei PdF. Infatti, lo sviluppo futuro non può prescindere dal ricondurre i medici a una maggiore responsabilità verso il proprio operato, attraverso una valorizzazione delle performance che tenga conto, non solo della condivisione di un percorso, bensì del raggiungimento dei

risultati. Il passaggio necessario, perché le cure primarie giochino quel ruolo strategico nell'ambito del Ssn tanto auspicato, passa attraverso lo spostamento del *focus* verso una maggiore responsabilizzazione sui risultati raggiunti da ciascun medico. I *budget* di distretto del futuro devono richiedere ai medici il raggiungimento di risultati espressi come *outcome* di salute dei propri assistiti. Non più incentivi collegati all'adesione al processo, bensì incentivi collegati al raggiungimento di miglioramenti nello stato di salute degli assistiti.

Per quanto riguarda l'obiettivo primario dello studio, ovvero l'efficacia della presa in carico per la riduzione dell'eccesso ponderale, i risultati portano ad affermare che questo strumento sembra raggiungere i risultati attesi, in quanto il 20% dei bambini ha cambiato classe, ovvero è stato interessato al passaggio a una classe BMI inferiore, mentre il 71% ha in generale ridotto il BMI. Il confronto di questi risultati con quelli rilevati in letteratura portano ad affermare che, in termini di BMI *z score*, i risultati ottenuti con l'implementazione di questo PDT sono in linea e, in alcuni casi, migliori di quelli ottenuti da altri studi.

I risultati di questo studio confermano l'importanza di investire nelle cure primarie, in una logica che, in questo caso, potrebbe essere definita di prevenzione delle patologie croniche, traslando i modelli assistenziali, tipicamente implementati a livello di medicina generale, a livello di pediatria di famiglia. Il modello più discusso per la medicina generale sembra essere il *Chronic Care Model*. Se è vero che questo modello è pensato per la medicina generale, è altresì vero che i presupposti teorici possono essere adeguatamente adattati al contesto pediatrico. Infatti, lo studio presentato porta alla conclusione che un'efficace risposta alla cronicità non può prescindere dal ripensamento del modello assistenziale tradizionale, per tendere a un nuovo modello che promuova una presa in carico attiva e proattiva del medico verso il proprio assistito. Se da una parte il PDT si pone come strumento operativo per orientare il medico nell'inserimento del paziente in un percorso di cura, lo stesso non è sufficiente per agire con efficacia sui risultati di salute. È indispensabile che il medico interpreti attivamente il proprio ruolo, con la consapevo-

lezza che il suo modo di agire ha un impatto diretto sui risultati del processo di cura. Rilevanti, in questo senso, sono i risultati in merito alle differenze sulle modalità di applicazione del PDT espresse come percentuale di pazienti presi in carico, come percentuale di pazienti persi e come percentuale di corretta applicazione del PDT. Nella riflessione sullo sviluppo futuro di questo progetto sarà indispensabile considerare questo aspetto, affinché i buoni risultati non risentano della non corretta *compliance* di alcuni professionisti.

### Note

1. Rischio molto aumentato (rischio relativo superiore a 3) per diabete tipo 2, colecisti, dislipidemie, resistenza insulinica, sindrome da ipoventilazione, apnea notturna; rischio moderatamente aumentato (rischio relativo 2-3) per malattie cardiocerebrovascolari, ipertensione, osteoartrosi, iperuricemia e gotta (WHO, 1997).
2. Per un approfondimento si rimanda a Summerbell *et al.* (2003), Glenny *et al.* (1997).
3. Nel 1920, nel Dawson Report, a proposito del sistema sanitario inglese, nelle cure primarie rientrano i servizi erogati dai Mmg oltre a una sfera di servizi territoriali che rappresentano un'alternativa alla medicina specialistica di secondo livello (ospedali e servizi specialistici ambulatoriali) e di terzo livello (alta specialità); ovvero l'erogazione, al di fuori del contesto ospedaliero, di servizi di prevenzione, medicina generale, continuità assistenziale, assistenza domiciliare e assistenza residenziale.
4. In genere, nell'esperienza delle aziende sanitarie, le patologie sulle quali ricade la scelta per l'implementazione di questo approccio sono le patologie cronico-degenerative: diabete, BPCO, ipertensione, asma e malattie cardiovascolari.
5. Per un approfondimento si rimanda a Maciocco (2009).
6. Per un approfondimento degli strumenti di programmazione e controllo per il Distretto si rimanda a Scardigli (2008) e (2009).
7. Raccomandazioni generali per garantire l'appropriatezza e la continuità di cura tra ospedale e territorio per la prevenzione e il trattamento dell'obesità infantile (dal documento redatto dal Gruppo di lavoro regionale, anno 2007).
8. Al fine di confrontare la rappresentatività della popolazione presa in carico, rispetto alla popolazione anagrafica, si è assunto come *target* di riferimento la popolazione assistita con anno di nascita compreso tra il 1994 e il 2008. La popolazione assistita in questo arco è di 55.825 (48% femmine e 52% maschi), mentre gli assistiti presi in carico sono 2.173 (49% femmine e 51% maschi) e rappresentano il 3,9% del totale.
9. Distribuzione del campione per sesso e per età con il metodo del percentile:
  - 25° percentile: femmine 5,5, maschi 6;
  - 50° percentile: femmine 7,5, maschi 8,5;

- 75° percentile: femmine 9,5, maschi 10.
10. Il pediatra, dal momento della nascita del bambino, è impegnato a effettuare, gratuitamente, periodiche visite di controllo chiamate «Bilanci di salute». I Bilanci di salute si svolgono, su appuntamento, tra la nascita e i 14 anni di vita, arco di tempo nel quale vengono effettuati, in periodi stabiliti, dieci bilanci di salute, indipendentemente dalle visite che i pediatri effettuano in ambulatorio o a domicilio in occasione dei malesseri o degli stati influenzali del bambino. Ogni singolo bilancio di salute è specifico per valutare che l'accrescimento avvenga in modo corretto e fisiologico e che vi sia un regolare sviluppo dei vari apparati e organi e delle loro funzioni (vista, udito, deambulazione, peso, altezza, ecc.). Si tratta di cinque controlli nel primo anno di vita, uno tra i 15-18 mesi, uno tra 2-3 anni e uno (l'ottavo) tra 5-6 anni. Durante tali visite viene effettuata una valutazione dell'accrescimento del bambino con un richiamo ai corretti stili di vita. L'Asl di Mantova ha investito sulla promozione dell'ottavo Bilancio di salute attraverso una campagna di sensibilizzazione delle famiglie con l'obiettivo di diffondere questa prassi come opportunità di emersione del fenomeno legato appunto all'eccesso ponderale. Inoltre, su indicazioni ministeriali e regionali, sono stati aggiunti il nono Bilancio di salute a 8-10 anni e il decimo Bilancio di salute a 11-13 anni; due ulteriori visite di controllo che rappresentano un'altra occasione per promuovere un sano stile di vita, tra cui corrette abitudini alimentari e attività motoria.
  11. I bambini che hanno avuto una sola visita nel periodo di riferimento sono analizzati successivamente come fenomeno di *drop out*.
  12. *Odds ratio* = 2,38 (intervallo di confidenza 95% 1,80 – 3,16).
  13. *Odds ratio* = 1,084 (intervallo di confidenza 95% 1,032 – 1,139).
  14. La corretta applicazione comporta l'effettuazione di almeno quattro visite nel periodo di presa in carico, con un intervallo di 2-5 mesi tra le stesse, così come stabilito nel PDT.

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

- BERNASCONI S. (2005), «Prevenzione dell'obesità», in L. Iunghetti, S. Bernasconi (a cura di), *L'obesità in età evolutiva*, McGraw-Hill, Milano.
- BRAMBILLA P., GIUSSANI M., NOVA A., PICCA M., SALA E., MARINELLO R. (a cura di) (2005), «Percorso assistenziale al bambino con eccesso ponderale», in L. Iunghetti, S. Bernasconi (a cura di), *L'obesità in età evolutiva*, McGraw-Hill, Milano.
- Cavallo M.C., Del Vecchio M. (1996), «Disease Management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche», *Mecosan*, 20, pp. 8-16.
- COLE T.J. (1990), «The LMS method for constructing normalized growth standards», *European Journal of Clinical Nutrition*, 44, pp. 4-60.
- COLE T.J., BELLIZZI M.C., FLEGAL K.M., DIETZ W.H. (2000), «Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey», *Bmj*, 320(7244), pp. 1240-1243.
- DREIMANE D., SAFANI D., MACKENZIE M., HALVORSON M., BRAUN S., CONRAD B., KAUFMAN F. (2007), «Feasibility of a hospital-based, family-centered intervention to reduce weight gain in overweight children and adolescents», *Diabetes Res Clin Pract.*, 75(2), pp. 159-68.
- ECONOMOS C.D., HYATT R.R., GOLDBERG J.P., MUST A., NAUMOVA E.N., COLLINS J.J., NELSON M.E. (2007), «A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape up Somerville first year results», *Obesity (Silver Spring)*, 15(5), pp. 1325-36.
- ELLRODT G., COOK D.J., LEE J., CHO M., HUNT D., WEINGARTEN S. (1997), «Evidence-Based Disease Management», *JAMA*, 278(20), pp. 1687-1692.
- EPSTEIN L.H., WING R.R., WOODALL K., PENNER B.C., KRESS M.J., KOESKE R. (1985), «Effects of family-based behavioral treatment on obese 5-to-8-year-old children», *Behavior Therapy*, 16, pp. 205-212.
- FULLERTON G., TYLER C., JOHNSTON C.A., VINCENT J.P., HARRIS G.E., FOREYT J.P. (2007), «Quality of life in Mexican-American children following a weight management program», *Obesity (Silver Spring)*, 15(11), pp. 2553-6.
- GLENNY A-M., O'MEARA S., MELVILLE A., SHELDON T.A., WILSON C. (1997), «The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature», *Int J Obes*, 21, pp. 715-737.
- GOLAN M. (1998), «Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity», *Am. J. Clin Nutr.* 67, pp. 1130-1135.
- KUCZMARSKI R.J., OGDEN C.L., GRUMMER-STRAWN L.M., FLEGAL K.M., GUO S.S., WEI R., MEI Z., CURTIN L.R., ROCHE A.F., JOHNSON C.L. (2000), «CDC growth charts: United States», *Adv Data.*, (314), pp. 1-27.
- HOLLAR D., MESSIAH S.E., LOPEZ-MITNIK G., HOLLAR T.L., ALMON M., AGATSTON A.S. (2010), «Healthier options for public schoolchildren program improves weight and blood pressure in 6- to 13-year-olds», *J Am Diet Assoc*, 110(2), pp. 261-7.
- ISTAT (2002), *Cause di morte 2002*, [www.istat.it](http://www.istat.it).
- ISTAT (2005), *L'indagine multiscopo sulle famiglie eseguita dall'ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - 1999/2000»*.
- ISTAT (2009), *La vita quotidiana nel 2009. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110121\\_00/inf\\_10\\_05\\_la\\_vita\\_quotidiana\\_nel\\_2009.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110121_00/inf_10_05_la_vita_quotidiana_nel_2009.pdf).
- LOBSTEIN T., BAUR L., UAUY R. (2004), «IASO International Obesity Taskforce. Obesity in children and

- young people: a crisis in public health», *Obes Rev.*, 5 Suppl. 1, pp. 4-104.
- MACIOCCO G. (2009), «Epidemia delle malattie croniche e innovazione nelle cure primarie: dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa», in V. Scardigli (2009).
- MULVIHILL C., QUIGLEY R. (2003), «The management of obesity and overweight. An analysis of reviews of diet physical activity and behavioural approaches», [http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/obesity\\_evidence\\_briefing\\_summary.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/obesity_evidence_briefing_summary.pdf).
- PLACHTA-DANIELZIK S., LANDSBERG B., LANGE D., SEIBERL J., MÜLLER M.J. (2011), «Eight-year follow-up of school-based intervention on childhood overweight. The Kiel Obesity Prevention Study», *Obes Facts*, 4(1), pp. 35-43.
- SCARDIGLI V. (2008), «I Mmg e il governo della domanda: professione, rapporto con i pazienti e gatekeeping. Una ricerca empirica», *Mecosan*, 65, pp. 33-56.
- SCARDIGLI V. (2009), *La domanda dei servizi sanitari: quale management e quale organizzazione*, Guerini e Associati, Milano.
- SPAGNOLO A., MENEGHETTI E. (2008), *Sovrappeso ed obesità nell'età evolutiva: vera epidemia sociale del terzo millennio*, IAS - Istituto per gli Affari Sociali.
- SUMMERBELL C.D., ASHTON V., CAMPBELL K.J., EDMUNDS L., KELLY S., WATERS E. (2003), «Interventions for treating obesity in children», *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- TAN-TING A.M., LIDO L. (2011), «Outcome of a hospital based multidisciplinary weight loss program in obese Filipino children», *Nutrition*, 27(1), pp. 50-4. Epub 2010 Apr 3. PubMed PMID: 20363592.
- TANAS R., MARCOLONGO R., PEDRETTI S., GILLI G. (2007), «L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità», *Medico e Bambino pagine elettroniche*, 10(6), [http://www.medicoebambino.com/\\_obesita\\_risultati\\_terapeutica\\_educazione\\_pediatra\\_bmi\\_adolescenti\\_terapia](http://www.medicoebambino.com/_obesita_risultati_terapeutica_educazione_pediatra_bmi_adolescenti_terapia).
- VAN GERWEN M., FRANC C., ROSMAN S., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N. (2009), «Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review», *Obes Rev.*, 10(2), pp. 227-36.
- WHO (1997), «Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation of obesity», WHO Geneva, 3-5 June 1997.

**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**.



# La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: l'A.O. Bolognini di Seriate

VALERIA D. TOZZI, PAOLA ROBERTA BOSCOLO

*The paper analyses public private relationships when a joint and integrated provision of health care service occurs. The spin-off of health care services can have a different impact on practices and behaviours of the different actors involved. Nephrology services have been observed to understand firstly what are the services' internal interdependencies, secondly how these interdependencies are managed, when responsibility for health care provision is divided between public and private providers. The Bolognini Seriate Hospital has been chosen as a case study because it is the first outsourcing case in Italy not only limited to dialysis but also referred to all in-patient and out-patient services provided in the nephrology unit.*

Keywords: nephrology, interdependencies, public private partnership

Parole chiave: nefrologia, interdipendenze, partnership pubblico-privato

## Note sugli autori

Valeria D. Tozzi, Paola Roberta Boscolo - CeRGAS e SDA Bocconi Milano

## Attribuzione

Sebbene l'articolo sia frutto di una riflessione congiunta da parte degli autori è possibile attribuire a V.D. Tozzi i §§ 2, 4.2, 5 e a P.R. Boscolo i §§ 1, 3, 4, 4.1

## 1. Introduzione

A partire dagli anni Novanta si assiste al processo di graduale riduzione dell'estensione verticale delle combinazioni economiche delle aziende sanitarie pubbliche attraverso il ricorso a forme di *outsourcing* per attività strategiche e non (Macinati, 2006; 2007; 2009). In un primo momento sono stati oggetto di forme di esternalizzazione i servizi accessori e di supporto (pulizie, lavanderia, mensa, ecc.); negli anni più recenti, sotto la spinta di elementi strategici, istituzionali e normativi<sup>1</sup> sono state avviate diverse *partnership* pubblico privato anche relativamente a servizi sanitari in senso stretto, evidenziando significative differenze rispetto alla gestione complessiva dei servizi sanitari finali<sup>2</sup> (Amatucci *et al.*, 2007; Cappellaro, Marsilio, 2007).

Il presente lavoro, dopo una analisi dei contributi presenti in letteratura sui temi dell'interdipendenza tra attività e strutture organizzative e delle convenienze tra forme di integrazione pubblico privato, si propone di analizzare le implicazioni di funzionamento dei servizi sanitari esternalizzati e ne prospetta un metodo di osservazione (§ 2 - § 3). Lo scorporo dall'organizzazione aziendale di servizi sanitari o non sanitari induce la revisione delle pratiche, dei comportamenti e delle decisioni che attori diversi compiono per concorrere all'erogazione di servizi destinati al paziente secondo regole e finalismi tipici di istituti differenti. Si approfondiscono in particolare le specificità della filiera dei servizi nefrologici, le interdipendenze che la caratterizzano e quindi le forme di gestione per governarle quando le responsabilità sulla coerenza complessiva delle cure sono suddi-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le relazioni di interdipendenze nella filiera dei servizi per la tutela della salute
3. L'integrazione pubblico-privato nell'erogazione dei servizi sanitari
4. L'esternalizzazione dei servizi nefrologici presso l'A.O. Bolognini di Seriate
5. Conclusioni

visive tra attori pubblici e privati. In questa sede si analizzerà il caso dell'Azienda ospedaliera (A.O.) Bolognini di Seriate (§§ 4 e 4.1), dove sussiste una realtà unica nel panorama italiano perché si osserva l'esternalizzazione non solo della dialisi, situazione riscontrabile in molti contesti italiani, ma anche della degenza e delle attività ambulatoriali relative all'intera attività nefrologica. Tale configurazione è frutto di una scelta aziendale consolidatasi negli anni in un rapporto di *partnership* stabile tra il soggetto pubblico e il *partner* privato, nell'ambito di un contesto regionale incline, fin dai primi anni 2000, all'istituto delle sperimentazioni gestionali.<sup>3</sup> Il § 4.2 propone alcune riflessioni che conducono alla generalizzazione dei fenomeni osservati mentre il § 5 presenta le conclusioni sul caso aziendale.

## 2. Le relazioni di interdipendenze nella filiera dei servizi per la tutela della salute

Il concetto di interdipendenza esprime la misura della dipendenza tra compiti delle singole persone e delle attività svolte in unità organizzative per la condivisione di risorse di ogni genere. In letteratura le interdipendenze sono state oggetto di molti studi di natura sia intra-aziendale sia inter-aziendale (Thompson, 1967; Galbraith, 1973; Lawrence, Lorsch, 1967; Pfeffer, 1978; Rockart, Short, 1989). Thompson riconosce tre tipologie di interdipendenza: *generica*, quando le singole unità – attività, attori e compiti – concorrono con il proprio *output* a un risultato complessivo; *sequenziale*, quando un'unità (o compito) non può agire (o essere svolto) se l'unità precedente non ha agito (o se la precedente azione non è stata compiuta); infine *reciproca*, dove gli output di un'unità diventano input dell'unità interdipendente e viceversa. A tale tassonomia si aggiunge l'interdipendenza *intensiva* (Grandori, 1995) prodotta dalla relazione di interazione tra le parti che coagiscono definendo autonomamente le azioni da compiere, aggiustandole reciprocamente e giungendo così a un'azione comune. Se le interdipendenze sequenziali e reciproche sono dette *transazionali*, nella misura in cui si riferiscono a scambi tra interfacce tecnicamente separate (Williamson, 1981), quelle generiche e intensive sono associative, in quanto associano sforzi e azioni finalizzate a

forme di allineamento dei comportamenti e azioni condivise (Camuffo, 1997).

Il riposizionamento di alcune attività e processi al di fuori dei confini aziendali «interrompe» e modifica forme di interdipendenza: molto spesso vengono esternalizzati servizi sanitari che precedentemente erano gestiti «in organizzazione», in altri casi si tratta di servizi sanitari progettati *ex novo* che sviluppano relazioni con servizi e attività già esistenti (si pensi ai meccanismi di invio del paziente). Oltre alle forme di interdipendenza generate dalle relazioni di natura operativa, esiste per entrambe le fattispecie una naturale interdipendenza di natura intensiva prodotta dal fatto che, sebbene l'erogazione sia demandata a un partner privato, la responsabilità della funzione è pubblica.

Oggetto di *outsourcing* possono essere non solo interi servizi sanitari, ma anche condizioni specifiche per il loro funzionamento: si tratta di «attività sanitarie di supporto» (ad esempio, la gestione della distribuzione dei farmaci, delle prestazioni di diagnostica di laboratorio, del personale infermieristico) o «operative di supporto» (dall'amministrazione del personale fino alle pulizie o ai rifiuti speciali) (Tozzi, 2004). In questi casi, si tratta di ricomporre all'interno della medesima combinazione economica processi generati all'interno di regole e assetti istituzionali differenti.

Non è sempre facile riconoscere le interdipendenze tra servizi. In alcuni casi, si tratta di interdipendenze «sottili» che risulta difficile valutare *ex ante*, in sede di progettazione dell'accordo tra attore pubblico e privato, perché toccano le relazioni tra pratiche e routine di persone che intervengono nella gestione del medesimo malato o delle medesime strutture: l'esternalizzazione di parte delle risorse infermieristiche piuttosto che del personale dedicato alle pulizie inibisce forme di collaborazione spontanea nella gestione di attività, risorse o spazi motivata dalla partecipazione al medesimo sistema aziendale e dalla continuità e frequenza della relazione professionale. Interdipendenze generiche e intensive si associano a quelle sequenziali o reciproche in modo non sempre routinario.

Il caso dell'A.O. Bolognini di Seriate ha consentito di leggere le forme di gestione delle interdipendenze tra l'intera filiera dei

servizi nefrologici esternalizzata e la rete dei servizi aziendali allo scopo di presidiare la presa in carico del malato. I servizi nefrologici sono stati ricondotti a quattro insiemi di attività elementari, caratterizzati da forme di interdipendenze e affinità, nonché collegati alla produzione di un risultato, anche intermedio, distintamente identificabile. Tali gruppi di attività, anche detti nuclei omogenei di attività, sono:

- Prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle nefropatie;
- Acuzie nefrologica;
- Dialisi;
- Trapianto.<sup>4</sup>

Si tratta di nuclei di attività assistenziali distinti nella pratica nefrologica e separabili anche rispetto ai regimi assistenziali: prevenzione, diagnosi e monitoraggio sono gestiti prevalentemente attraverso il regime ambulatoriale, così come la dialisi che però richiede scelte assistenziali e di dotazione logistica e tecnologica differenti rispetto alle prime. L'acuzie nefrologica è gestita attraverso la degenza ordinaria e breve. Attraverso l'analisi e approfondimento delle tipicità dei servizi nefrologici prima e grazie alla realizzazione del caso dopo, è stato possibile identificare i vettori delle relazioni tra i nuclei omogenei della filiera nefrologica e tra questi e altri servizi dell'azienda (cfr. descrizione del caso, §§ 4.1 e 4.2). I vettori che legano i diversi nuclei omogenei di attività sono: il paziente, le risorse e i saperi.

### *Il paziente*

La nefrologia si caratterizza per una strutturale interdipendenza all'interno della sua filiera in ragione della naturale evoluzione delle forme di insufficienza renale cronica in dialisi e nel trapianto di rene. Si verifica, inoltre, che il nefropatico sia di frequente già affetto da altre patologie (ad es. cardiopatie, diabete) e possa andare incontro a eventi acuti: significa che l'invio del paziente è spesso intermediato da altri professionisti (quindi saperi) o che la sua gestione richiede forme di consulenza o di erogazione delle prestazioni nefrologiche in altri *setting* (ad es. dialisi a domicilio o in aree ad alta intensità assistenziale).

### *Le risorse*

Si ricomprendono in questa aggregazione sia quelle mediche sia quelle infermieristiche; le risorse strumentali (ad esempio, le prestazioni diagnostiche intermedie) e i servizi dell'azienda (ad esempio, le routine di approvvigionamento di presidi e materiali alla gestione degli spazi). In merito alle prime, si osserva una crescente tensione sulle risorse mediche specializzate in nefrologia e un dibattito sempre più esteso sul ruolo degli infermieri nella gestione dei nefropatici. Relativamente ai servizi aziendali, si segnala che l'appartenenza al medesimo istituto fa sì che vi siano sistemi unitari di gestione: solitamente è unico il sistema di *budget*, di distribuzione del farmaco, ecc. Lo scorporo di nuclei omogenei di attività al di fuori dei confini aziendali implica che possano coesistere scelte e sistemi di gestione differenti. Inoltre, i diversi nuclei omogenei di attività hanno fabbisogni eterogenei sia rispetto a volumi e competenze del personale sia rispetto alle relazioni con gli altri servizi aziendali (ad esempio, la degenza o il trapianto richiedono legami più intensi con i servizi di diagnostica rispetto alla dialisi).

### *I saperi*

Così, come all'interno della comunità nefrologica esistono molteplici attività che occorre integrare nella gestione del malato (si pensi agli accessi vascolari per la dialisi o al post trapianto), il sapere nefrologico ha legami di interdipendenza con altri saperi disciplinari (ad esempio, cardiologia e diabetologia per la gestione del malato con insufficienza renale cronica). La focalizzazione delle attività nefrologiche sui pazienti con insufficienza renale sia cronica sia acuta, così come dimostrato da Dal Canton e Del Vecchio (2009), implica che l'intero sapere della comunità venga generato dalla ricerca e dall'assistenza su questa area di patologia.

Le relazioni tra i servizi nefrologici, indotte dal paziente, dalle risorse e dai saperi, vengono rilette rispetto a due questioni che guidano le scelte dei sistemi pubblici in generale e quelle dei professionisti: la capacità di presa in carico del malato, a prescindere dalle scelte istituzionali e gestionali sui servizi, e il presidio del sapere della comunità dei

nefrologi per lo sviluppo della qualità delle cure e delle competenze dei professionisti.

Se in passato tutti i nuclei omogenei della filiera nefrologica erano gestiti attraverso la gerarchia, condividendo all'interno dei suoi confini saperi, sistemi aziendali, risorse e anche casistica, oggi si osservano scelte diffuse di esternalizzazione della dialisi che inducono la frattura di alcuni legami organizzativi e il loro governo attraverso strumenti differenti.

Compresi i caratteri principali delle *partnership* pubblico-privato in sanità, il caso dell'A.O. di Seriate mette in luce le implicazioni prodotte dallo «scorporo» non solo della dialisi, ma anche dei nuclei di attività omogenee della filiera nefrologica sulle interdipendenze indotte dal paziente, dalle risorse e dai saperi.

### 3. L'integrazione pubblico-privato nell'erogazione dei servizi sanitari

La scelta di esternalizzazione di un servizio o di una serie di attività omogenee è determinata da alcune valutazioni tipiche, analisi delle convenienze, processi decisionali e forme di controllo dell'azienda pubblica. Tra le convenienze all'esternalizzazione, la letteratura di riferimento segnala che scelte strategiche in merito alla cessione al privato di parte delle funzioni tipiche delle aziende sanitarie sono riconducibili all'analisi dei costi sia di natura contabile sia costi sorgenti dal bisogno di regolare nuovi rapporti di scambio, spesso non monetizzabili. Williamson (1985, 1989, 1991) identifica nei costi di transazione la principale categoria di costo da valutare per compiere le scelte di *make or buy* (erogazione interna di un servizio o affidamento, parziale o totale, a un fornitore esterno). La natura delle transazioni ne condiziona i relativi costi. La teoria definisce le transazioni come scambi interni all'azienda o esterni, se superano i suoi confini; i primi hanno per oggetto la disponibilità di un bene/servizio in cambio di un costo organizzativo (tempo, risorse economiche, personale, conflitti gestionali interni, disfunzioni organizzative), mentre i secondi sorgono in relazione all'acquisizione di un bene/servizio verso un corrispettivo economico (prezzo), cui devono sommarsi i costi di controllo del processo produttivo esternalizzato, parziale

o totale (in termini di qualità, prezzo, affidabilità del partner, ecc.). La complessità delle transazioni, interne ed esterne, aumenta in funzione di alcune dimensioni critiche: l'incertezza dell'ambiente nel quale la transazione si compie; la frequenza con cui essa viene ripetuta; il grado di specificità delle risorse impiegate per ogni transazione (non specifiche, miste, idiosincratice), in rapporto ai luoghi, ai beni coinvolti e alle risorse umane impiegate. La valutazione di tali dimensioni, comparata tra gestione interna (gerarchia) o esterna (mercato), influenza fortemente le scelte di integrazione verticale delle aziende. Le ragioni che tipicamente portano all'esternalizzazione (*buy*) sono di natura economica, organizzativa e gestionale (Amatucci, Gugiatti, 2007). Tra queste: l'ottimizzazione di alcuni servizi (riduzione costi); l'incremento della produzione e/o riduzione dei costi di gestione per la maggiore efficienza riconosciuta al fornitore esterno; la ricerca di maggiori livelli di flessibilità interna, ad esempio, nella gestione delle risorse umane e nella gestione dei processi d'acquisto (Atkinson, 1984; Pfeffer, 1997); la concentrazione delle risorse finanziarie e organizzative sulle attività *core* (Porter, 1984); la condivisione di conoscenze e competenze per nuovi investimenti.

Nelle amministrazioni pubbliche, e ancor più nel settore sanitario, le ragioni che portano a forme di esternalizzazione sono molteplici e spesso non rispondono a sole logiche economiche. Va notato come nelle amministrazioni pubbliche esista una sostanziale discrepanza tra economia e finanza, nel senso che, anche laddove esistano delle scelte economiche ottimali, vincoli di finanza pubblica possono condurre a scelte diverse. La centralità del tema per le aziende pubbliche nasce dal fatto che le tradizionali scelte di integrazione verticale delle combinazioni economiche attraverso soluzioni gerarchiche hanno prodotto livelli di inefficienza e vincoli nella gestione di alcune risorse chiave nell'erogazione di servizi sanitari: si pensi a questioni quali il reperimento di risorse umane, la gestione in economia di servizi *no-core*. Alle convenienze aziendali si aggiungono poi quelle espresse dalla comunità dei professionisti che alimentano una domanda di flessibilità ed efficienza nel reperimento e nella gestione delle risorse (anche relativa-

mente ai processi decisionali) difficilmente conciliabile con le routine aziendali. Ciò significa che per «allentare» i vincoli della gerarchia si preferisce rivolgersi al mercato; i professionisti in tal senso possono giocare un ruolo rilevante, preferendo spesso acquisire direttamente nel mercato risorse funzionali alle loro attività piuttosto che utilizzare le regole di approvvigionamento aziendali.

La letteratura evidenzia un *continuum* tra le forme antitetiche di governo delle transazioni quali la gerarchia e il mercato. Le convenienze dell'intero sistema aziendale, da una parte, e quelle particolari dei professionisti, dall'altra, spingono ad avere più forme di ricorso al mercato all'interno della medesima organizzazione: si osserva, infatti, una compenetrazione tra gerarchia e mercato, che appaiono sempre più embricati e complementari nel perseguimento dei medesimi fini d'azienda. Questa convergenza di convenienze all'esternalizzazione, in situazioni in cui le scelte non sono episodiche ma durature, lascia spazio a forme intermedie tra gerarchia e mercato. Se il mercato è il meccanismo di governo di prestazioni facilmente valutabili per scambi sia di breve sia di lungo periodo, esso deve essere mediato da regole che stemperino i comportamenti opportunistici nel caso di prestazioni non facilmente valutabili in transazioni di breve termine (mercato mediato dalla burocrazia - *mercato b*). Nel caso in cui la longevità della transazione sia elevata, occorre introdurre nel mercato condizioni di reciprocità e di equità seriale tipiche di contesti che condividono valori e orientamenti finalistici come il *clan*. Si manifesta in tale modo, per scambi di informazioni e risorse altamente incerti e ambigui, che richiedono investimenti specifici notevoli, il cosiddetto mercato mediato dal *clan - mercato c*. L'azienda però può governare le transazioni anche introducendo all'interno dei suoi confini forme di competizione: il cosiddetto *quasi mercato* rappresenta una forma di governo interno delle transazioni di lungo periodo in condizioni di media ambiguità delle prestazioni (Barney, Ouchi, 1984).

I processi decisionali delle aziende sanitarie pubbliche sono per loro natura caratterizzati da una spiccata multidimensionalità (Borgonovi, 2009), che rende possibile il ricorso all'intera gamma di soluzioni organiz-

zative comprese tra organizzazione e mercato, richiedendo spesso fenomeni di «compenetrazione tra sistemi aziendali» differenti. Tipiche valutazioni possono concernere la posizione assunta dalla Regione in merito a determinate scelte strategiche, quali l'avvio e gestione di relazioni pubblico-privato, o la valutazione degli *asset* intangibili del partner.

Spesso, infatti, le scelte di esternalizzazione da parte delle aziende sanitarie sono state compiute spesso sotto l'impulso della Regione piuttosto che indotte da valutazioni strategiche di impatto di lungo periodo (Battaglia, 1994; Amatucci, 2007). Presumibilmente per tali ragioni, il *contracting out* per attività cliniche e interventi di sanità pubblica ha provocato spesso fenomeni di *cost shifting*, discontinuità di cura e bassa qualità (Macinati, 2006).

Relativamente alla valutazione dei partner potenziali, si sottolinea invece che scelte di esternalizzazione, o comunque di *partnership* pubblico-privato, possono maturare solo se nel mercato esistono partner meritevoli di fiducia. In altri termini, il mercato dei partner e i legami di fiducia che si hanno condizionano le scelte di esternalizzazione da parte del pubblico che in questo modo si tutela da comportamenti opportunistici grazie a forme di condivisione di orientamenti e fini. Alcuni studi identificano proprio nella fiducia tra partner pubblico, titolare della funzione, e privato, incaricato della gestione della funzione stessa, la condizione di successo della collaborazione. In settori complessi, come la sanità, pare che il livello aggregato di fiducia e controllo determini l'impegno e la convinzione (*confidence*) riposta nella *partnership*; che i meccanismi di controllo formale possano minare la fiducia tra le parti, mentre meccanismi di controllo sociale possano rafforzarla. Emerge così la possibilità di innescare un circolo virtuoso nelle alleanze strategiche, poiché alti livelli di fiducia determinano un miglior funzionamento dei meccanismi di controllo e conseguentemente un maggior controllo complessivo (Das, Teng, 1998). L'esternalizzazione può richiedere una sorta di compenetrazione dei sistemi aziendali, ad esempio, in termini di condivisione delle informazioni, *feedback* reciproci sulle prestazioni cliniche erogate. Per l'esternalizzazione di un servizio pubblico, e nelle strategie di

visione del servizio esternalizzato, va infatti assicurato l'allineamento tra azienda pubblica e fornitore di mercato, affinché l'esternalizzazione non implichi una qualsiasi forma di restrizione dell'accessibilità e dell'equità nell'erogazione del servizio.

Un'ultima riflessione riguarda la scelta degli assetti istituzionali come risposta ai comportamenti opportunistici (percepiti o reali) che potrebbero caratterizzare le scelte del partner privato. Le forme di controllo delle transazioni esternalizzate differiscono in funzione del rischio percepito di subire da parte del partner comportamenti opportunistici, i quali a loro volta dipendono dalle caratteristiche del servizio esternalizzato. Rifacendosi al contributo di Ouchi (1981), si precisa che, qualora sia noto il processo di trasformazione sotteso all'attività/servizio ceduto e sia misurabile l'*output* prodotto, l'azienda pubblica potrà ricorrere sia al controllo del processo sia a quello dei risultati, comparandone i costi. Si pensi al servizio mensa la cui performance può essere monitorata sia attraverso forme di sorveglianza sulla preparazione dei pasti e sulla loro somministrazione sia sulla qualità delle pietanze. In condizioni di perfetta conoscenza del processo di trasformazione, ma di difficoltà di misurazione del risultato, l'azienda potrà intervenire solo sul monitoraggio del processo di trasformazione: in alcuni contesti regionali, nei quali attività dialitiche sono cedute al privato ed è previsto l'invio solo per *target* di pazienti non complessi e stabili, il controllo delle performance può essere realizzato attraverso la verifica dei comportamenti clinico-assistenziali. In assenza di conoscenza dei processi di trasformazione, ma di misurabilità degli *output*, l'azienda potrà controllare solo questi ultimi. Si pensi alla gestione della medicina generale, rispetto alla quale si attivano forme di verifica della presa in carico e della gestione dei bisogni (controllo sulla percentuale di pazienti in carico con specifiche patologie, utilizzo inappropriato dell'ospedale, ecc.). La natura delle attività/servizi portati al di fuori dei confini d'azienda e la conoscenza dei relativi processi di trasformazione e di misurabilità degli *output* rappresentano quindi variabili importanti per la predisposizione di sistemi di controllo dei comportamenti opportunistici. È possibile osservare che la responsabilità pubblica sulle

attività/servizi esternalizzati induce forme di «internalizzazione» del controllo: il ricorso a forme di condivisione strategica per avvicinare i finalismi aziendali dei partner piuttosto che a sistemi di formalizzazione delle condizioni della transazione (accordi, protocolli e deliberazioni, ecc.) spostano le forme di controllo di mercato verso quelle di *clan*, nel primo caso, e burocratiche nel secondo.

#### **4. L'esternalizzazione dei servizi nefrologici presso l'A.O. Bolognini di Seriate**

In Italia la nefrologia presenta configurazioni organizzative e assetti istituzionali differenti che sottolineano una forte autonomia aziendale e regionale nell'organizzare le modalità di erogazione di tali servizi. Alcune Regioni hanno esternalizzato a fornitori privati la quasi totalità dei servizi dialitici, seppur nel Paese il settore pubblico rimanga ancor oggi il principale erogatore. Alcune aziende in Italia esternalizzano solo le attività ad alta standardizzabilità e casistiche a minor complessità, gestendo internamente i casi più complessi; in altri casi una sorta di «spin off» d'azienda ha condotto alla nascita di cliniche focalizzate su «nicchie» ad alta complessità. Altri casi ancora, all'interno di una stessa unità operativa, per i consistenti volumi di pazienti trattati e le notevoli dimensioni della struttura, hanno potuto diversificare le attività di nefrologia e dialisi anche all'interno della stessa azienda sanitaria. Le scelte di organizzazione dei servizi e di *mix* di attività sono il risultato (o producono) missioni differenti della comunità professionale all'interno delle aziende. La gestione della sola casistica ad alta complessità e lo sviluppo di competenze superspecialistiche rappresentano una specifica missione della disciplina, differente da quella interpretata da professionisti orientati alla cronicità e a processi clinico-assistenziali stabili. Queste due missioni richiedono forme differenti di organizzazione del lavoro e dei servizi. Se siano le missioni a condizionare l'organizzazione o quest'ultima a generare il posizionamento disciplinare, è una questione di difficile risposta.

Come anticipato, si presenta in questa sede il caso dell'Ospedale Bolognini di Seriate, in quanto rappresenta la prima e unica esperienza di esternalizzazione dell'intera fi-

liera nefrologica, attraverso l'affidamento a un fornitore esterno della gestione ed erogazione sia dei servizi nefrologici sia di quelli dialitici.

#### 4.1. La storia

L'esperienza può essere suddivisa in tre fasi (**figura 1**): pre-sperimentazione; sperimentazione; concessione.

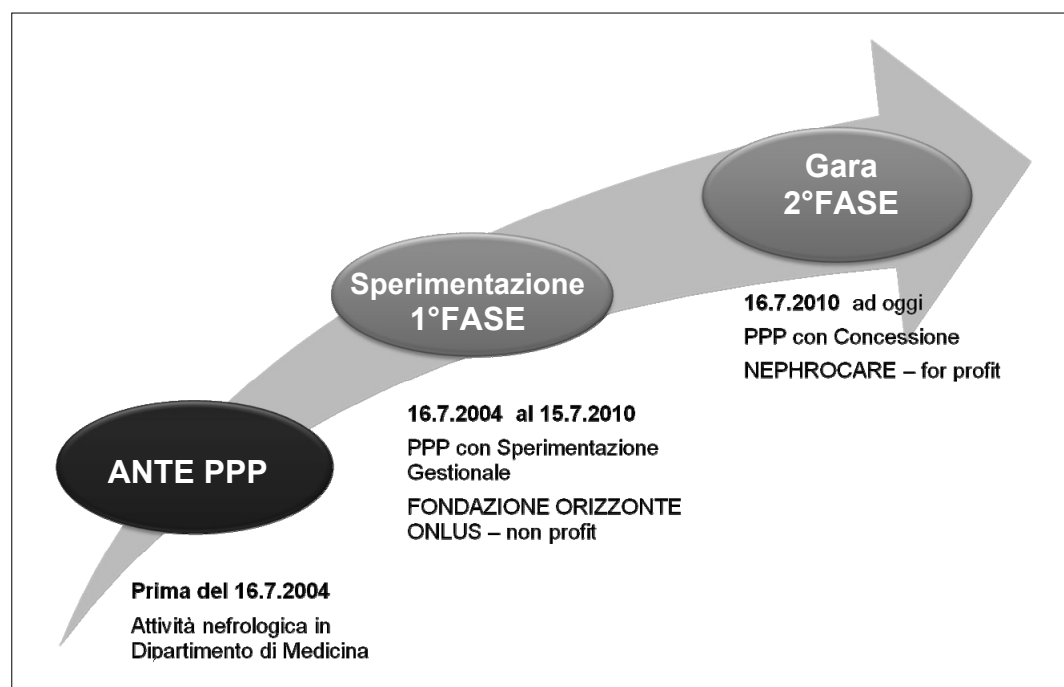
L'Ospedale Bolognini di Seriate è uno dei sette ospedali dell'Azienda ospedaliera Bolognini di Seriate, collocato nelle dirette vicinanze di Bergamo e dotato di 246 posti-letto per il ricovero e 31 per il DH/DS. Nel 2004, anno in cui è stata istituita la *partnership*, la struttura dell'Ospedale vedeva la nefrologia collocata all'interno della macrostruttura dipartimentale di Medicina interna, dal 2001 sotto la direzione di un nuovo professionista trasferitosi presso l'azienda, molto noto sul territorio e stimato presso la comunità scientifica nazionale di nefrologia. La scelta di rivolgersi al mercato per l'erogazione dei servizi nefrologici può essere letta come il risultato di una serie di fattori, tra i quali:

- difficoltà dell'azienda sanitaria a contenere il costo del personale, pari al 63% del

bilancio a fronte di una incidenza media regionale del 59%, con notevoli costi generali allocati anche sull'unità di nefrologia (33% ca.);

- carenze nell'organico medico e infermieristico;
- aumento della domanda di prestazioni dialitiche nella provincia di Bergamo (superiori alla media delle altre province);
- necessità di nuovi investimenti per l'adeguamento delle strutture fisiche e il potenziamento dell'offerta dialitica aziendale in un sistema a elevate tensioni economiche;
- gestione e manutenzione costante del parco tecnologico dedicato ai servizi di nefrologia e dialisi.

Tale contesto chiedeva una risposta strategica da parte dell'azienda sanitaria, caldeggiata anche dalle indicazioni che la Regione Lombardia aveva promosso relativamente all'istituto delle sperimentazioni gestionali.<sup>5</sup> L'A.O. di Seriate, prima della sperimentazione gestionale per i servizi nefrologici, aveva già condotto quelle per i servizi di riabilitazione e per il centro Alzheimer presso alcuni presidi decentrati. Per i servizi di nefrologia e dialisi, date le ragioni suesposte, la struttura pubblica ha selezionato nel mercato



**Figura 1**  
L'evoluzione dell'esperienza presso l'A.O. Bolognini di Seriate

un partner per l'intera filiera nefrologica: la *Fondazione Orizzonte Onlus*, nata dall'*European Nephrology Institute*. L'intervista agli attori che hanno animato tale percorso di cambiamento testimonia una forte pressione a tenere legate le attività sviluppate all'interno dell'unità operativa di nefrologia e quelle di dialisi. La sperimentazione gestionale (**box 1**) sancisce così la nascita di una stretta *partnership* pubblico-privato tra l'A.O. Bolognini, partner pubblico, e *Fondazione Orizzonte*, partner privato. La sperimentazione ha inizio esattamente il 16 luglio del 2004 in seguito all'approvazione regionale del 17 maggio 2004 (Del. G.R. n. VII/17505). La forma giuridica scelta è quella dell'associazione di partecipazione,<sup>6</sup> nella quale l'azienda pubblica ha il ruolo di associato mentre il privato quello di associante.

L'accordo ha previsto un'iniziale durata di tre anni, estendibile per un ulteriore triennio, previo parere favorevole della Regione e, naturalmente, previa volontà aziendale a consolidare la collaborazione. Trascorsi sei anni (limite massimo per la sperimentazione), si sarebbe potuto istituzionalizzare la *partnership* attraverso meccanismi a evidenza pubblica o cessare definitivamente la relazione e reintegrare all'interno dell'azienda i servizi e le attività affidate al privato.

Il contratto attribuiva a *Fondazione Orizzonte* l'onere di: erogare prestazioni di nefrologia e dialisi per i pazienti ricoverati nelle unità operative dell'A.O.; provvedere alle ristrutturazioni necessarie, ammodernando il Centro di Gazzaniga e potenziando quello di Trescore (**tabella 1**); effettuare gli interventi necessari, strutturali e im-

### Box 1

*Partnership* pubblico-privato e sperimentazioni gestionali in sanità

Per *partnership* pubblico-privato (PPP) si intende una collaborazione, definita attraverso forme contrattuali, tra pubblico e privato che mettono in comune risorse e competenze per il raggiungimento di un obiettivo comune, sia questo la costruzione di un'opera pubblica o di pubblica utilità o la gestione ed erogazione di determinati servizi pubblici e a rilevanza pubblica, come nel caso dei servizi sanitari. In un'operazione di PPP possono coesistere attività di progettazione, finanziamento, costruzione o rinnovamento, gestione e manutenzione. La *partnership* per l'erogazione di un servizio sanitario in senso stretto è caratterizzata dal bisogno di mantenere il governo delle interdipendenze tipiche di un servizio sanitario (in termini di dialogo, condivisione delle informazioni, della strategia, ecc). Pertanto, la mera esternalizzazione del servizio può essere inadatta alla gestione ed erogazione di un servizio sanitario a impatto diretto sul paziente e che presenti forti collegamenti con altri servizi sanitari e unità operative della struttura sanitaria. Tali ragioni fanno sì che una *partnership* stabile tra pubblico e privato, con compiti e responsabilità condivise, rappresenti spesso la soluzione più idonea. A stimolare l'apertura del sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati anche nella gestione ed erogazione di servizi sanitari in senso stretto è stato certamente determinante l'istituto delle Sperimentazioni gestionali. Il quadro normativo odierno (D.L.vo n. 502/92 art. 9 bis e successive modificazioni e integrazioni) riconosce nelle sperimentazioni gestionali uno strumento che può offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti pubblici e privati e affida alle Regioni un ruolo centrale nel processo di sviluppo dell'istituto, riconoscendo loro la potestà autorizzatoria.

Le sperimentazioni sono finalizzate a superare gradualmente le rigidità del sistema di regolazione pubblica e introdurre nel sistema sanitario nuovi strumenti e modelli gestionali di successo. Alcune indagini (Amatucci *et al.*, 2007), provano che al 2007 erano attive 65 esperienze di PPP formali, aventi per oggetto servizi sanitari essenziali (degenza ordinaria e *day hospital*) e diagnostici. Quasi tutte le Regioni avevano avviato esperienze di sperimentazioni gestionali, sebbene il fenomeno fosse più evidente al Centro-Nord, con il 30% circa delle esperienze avviate in Lombardia; la forma istituzionale preminente era quella della società mista, con la creazione di un nuovo soggetto giuridico a sottolineare la volontà di dotarsi di un assetto istituzionale stabile e controllabile per favorire il controllo e la limitazione delle asimmetrie informative. Le aree di attività più toccate dal fenomeno sono servizi sanitari essenziali (ricovero) seguite dai servizi di riabilitazione, diagnostica e laboratorio. Una recente indagine bibliometrica (Capellaro, Marsilio, 2007) prova invece come a livello internazionale il fenomeno delle PPP per servizi sanitari core caratterizzi principalmente Paesi in via di sviluppo, dove quindi l'obiettivo è l'ottimizzazione delle funzioni sociali dello stato, in termini di estensione della copertura sanitaria e qualità delle prestazioni, pertanto le risorse private diventano necessarie a erogare un servizio di rilevanza pubblica che diversamente non potrebbe essere offerto.



piantistici, per la rete dei servizi nefrologici dell'azienda.

L'accordo prevedeva che la responsabilità e il controllo sulla qualità delle prestazioni sanitarie fossero attribuite a un garante terzo, ruolo in realtà ricoperto dal soggetto pubblico e in particolare dal Direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera.

L'intesa stabiliva che la Fondazione ricevesse in comodato gratuito dall'A.O. Bolognini beni immobili, mobili, attrezzature e apparecchiature necessarie per l'attività relativa alla sperimentazione, subentrando in tutti i contratti in essere per la fornitura del materiale e i servizi funzionali all'erogazione di prestazioni di nefrologia e dialisi che l'A.O. Bolognini aveva già sottoscritto. Veniva riconosciuta la possibilità al personale medico e infermieristico di scegliere tra il distacco al privato o il riposizionamento presso altri servizi e unità dell'Azienda. Di fatto, la totalità del personale in attività è stata distaccata al privato, mantenendo quindi anche per il personale i contratti in essere.

I termini di remunerazione economica del contratto prevedevano l'abbattimento del 10% del valore della tariffa regionale, per la rimborsabilità dei servizi erogati, e una compartecipazione dell'A.O. al 50% dell'eventuale utile prodotto dal partner privato. Veniva previsto inoltre che il 2% degli utili fosse investito in aggiornamento tecnologico.

Alcuni risultati della sperimentazione erano tangibili e misurabili, altri invece legati al clima organizzativo e alle relazioni interaziendali e con il paziente.

Nei primi anni si è osservato l'aumento del 10% delle prestazioni dialitiche e a regime un miglioramento del tasso di occupazione. Diversamente dai risultati clinico-assistenziali, i risultati economici non erano altrettanto soddisfacenti: nel 2007, il conto economico rivelava infatti una perdita di 115.636 euro per gli investimenti compiuti.

La collaborazione tra attore pubblico e privato si è attestata fin dall'inizio su un buon livello, con l'effetto che il paziente ha stentato a riconoscere il cambiamento avvenuto. Le principali difficoltà sono emerse nella gestione del personale infermieristico che, pur occupandosi delle stesse attività e operando sulle stesse piattaforme logistiche, otteneva trattamenti economici e non economici differenti a seconda del tipo di contrat-

to, con l'azienda sanitaria o con la Fondazione. Tali conflittualità sono state risolte spesso su base relazionale, non esistendo, come nella maggior parte delle strutture sanitarie italiane, un'adeguata risposta a un fenomeno invece sempre più crescente, quale quello dell'*outsourcing* parziale del personale infermieristico (Macinati, 2007).

Il controllo pubblico sulla qualità delle prestazioni sanitarie si è sostanziato attraverso un alto livello di fiducia e collaborazione del Direttore Sanitario nei confronti del Professionista Responsabile.

Trascorsi così i primi tre anni, nonostante le performance economiche del soggetto privato non fossero delle migliori, le parti, con l'approvazione della Regione, hanno deciso di prorogare il contratto per ulteriori tre anni. A seguito di tale collaborazione, l'Azienda sanitaria difficilmente avrebbe potuto non confermare tale scelta. Pertanto, scaduta la convenzione con la *Fondazione Orizzonte* e a chiusura del periodo di proroga-consolidamento, vista l'impossibilità normativa di ottenere ulteriori estensioni del rapporto, le regole tipiche del settore pubblico hanno imposto una gara d'appalto per l'assegnazione di un contratto di concessione. La gara, con forte peso attribuito all'offerta economica (offerta economica e offerta qualitativa avevano lo stesso peso ai fini dell'aggiudicazione), ha determinato in qualche modo un rischio anche per l'azienda sanitaria che, rivolgendosi nuovamente a una pluralità di fornitori di servizi, avrebbe potuto recidere la *partnership* con l'affidamento del servizio a un nuovo partner. Appare evidente, invece, che per la parte pubblica non vi era convenienza ad assumersi il rischio di nuove forme di collaborazione con interlocutori non noti e a fronte di esperienze valutate invece positivamente. Specularmente il partner pri-

**Tabella 1**  
Posti letto tecnici  
nell'Azienda ospedaliera  
Bolognini di Seriate

Posti letto tecnici dialisi	Pre sperimentazione	Post sperimentazione I fase
Seriate	10	10
Gazzaniga	7	10
Trescore	12	12
Sarnico	5	5
Piario	9	9
Lovere	9	9

vato era interessato a consolidare scelte di diversificazione compiute. Con tre offerte ricevute, la gara è stata così aggiudicata da Nephrocare (NC), piattaforma di servizi per la gestione dei Centri dialisi di FMC. Dal 16 luglio del 2010 il rapporto di *partnership* si è quindi rinnovato con un nuovo partner in un contratto di concessione, avviando la seconda fase dell'esperienza dell'A.O. Tra la prima e la seconda fase della *partnership* vi sono alcune differenze e alcune conferme del precedente modello, in termini di contenuti del rapporto, sistemi di remunerazione e assetti istituzionali.

Il contratto di concessione ha una durata novennale e prevede puntuali obblighi e doveri per entrambe le parti. NC presidia tutti i nuclei di attività omogenei descritti in precedenza, dalle attività diagnostiche e di *follow up*, alla dialisi, ricerca, degenza, ecc. Come nella precedente fase, viene quindi confermata la volontà aziendale di mantenere in capo a un unico soggetto le responsabilità sulle attività di nefrologia e dialisi, per preservare la gestione integrata e le interdipendenze interne alla filiera nefrologica, come pure quelle gestionali e operative tra nefrologia e dialisi e la struttura ospedaliera in generale. In aggiunta, il partner privato risulta responsabile degli interventi su tecnologie e spazi per la nefrologia, sia nel corpo dell'A.O. Bolognini sia nei Cad /Cal aziendali.

L'Azienda sanitaria, come durante gli anni della sperimentazione, pur mantenendo la direzione sanitaria e operativa, ha richiesto al privato specifici sistemi di garanzia per il personale aziendale pubblico coinvolto nella *partnership* e ancora in attività, prevedendo il mantenimento di tutto il personale ora distaccato in «comando» presso NC. Alla progressiva scadenza dei contratti del personale ereditato dall'A.O. Bolognini, NC può stipularne di nuovi secondo le proprie esigenze e con contratto relativo alla sanità privata. Gli approvvigionamenti e quindi il flusso dei materiali si sono sganciati totalmente dall'A.O. Bolognini, così che gli acquisti di materiali e tecnologie per dialisi e nefrologia dipendono oggi direttamente dalla rete Fresenius.<sup>7</sup>

I termini economici del contratto prevedono il subentro di NC nella negoziazione del *budget* e nei ricavi nei confronti dell'Asl e della Regione; il pagamento di un canone fisso annuo a favore dell'A.O. alla quale è

riconosciuto il diritto di compartecipazione al 78% degli utili prodotti dall'iniziativa.

Si sottolinea che diversamente dalla *Fondazione Orizzonti*, organizzazione *no profit*, NC è un'azienda *for profit*, il cui business principale consiste proprio nella fornitura di beni e servizi dialitici su scala europea, con una struttura sanitaria e amministrativa propria, nonché meccanismi di *clinical governance* e trasparenza sui livelli di servizio erogati atipici, se non assenti, nel settore pubblico. Esemplificativo è il fatto che FMC riporti a NYSE i propri risultati, basati anche su indicatori clinici, in un'ottica di massima trasparenza nei confronti dei propri azionisti. Prassi quantomeno inusuale tra i sistemi di reportistica pubblici.

#### 4.2. Le lezioni apprese

Adottando il quadro interpretativo che vede nei pazienti, nelle risorse e nei saperi che legano i diversi nuclei di attività omogenee (cfr. § 2), si discutono le lezioni apprese circa le scelte strategiche di esternalizzazione e *partnership* (I); le aree critiche determinate dall'istituzione della *partnership*, le interdipendenze e relazioni tra i nuclei delle attività nefrologiche e con il sistema aziendale (II); i vantaggi di scelte di focalizzazione e specializzazione dell'offerta (III); l'evoluzione dei saperi che la configurazione istituzionale osservata prospetta (IV).

##### *I. Esternalizzare l'intera filiera è una scelta strategicamente differente rispetto all'outsourcing della dialisi*

Il caso illustra la scelta strategica e la volontà istituzionale di esternalizzare l'intero portafoglio di servizi erogati dalle strutture organizzative dedicate alle attività nefrologiche. La letteratura sottolinea che si prestano all'esternalizzazione le attività stabili e controllabili (Williamson, 1981). Di frequente, infatti, viene esternalizzata solo la dialisi e in particolare quella «più semplice» e a maggior grado di standardizzabilità perché erogata per pazienti in condizioni cliniche stabili. L'esperienza studiata, invece, esplicita la convinzione della direzione dell'A.O. Bolognini e di NC che il governo integrato dell'intera filiera possa essere garantito solo se la responsabilità sulle attività nefrologiche

ricade su uno stesso soggetto che organizza e gestisce tutte le interdipendenze indotte tra i servizi della filiera stessa e tra questi ultimi e il sistema aziendale. Agganziare alla dialisi i nuclei omogenei della prevenzione, diagnosi e *follow up* in regime ambulatoriale e la degenza significa che la filiera dei servizi in *outsourcing* tocca l'intera domanda di servizi nefrologici e non riguarda solo *target* di pazienti cronici e stabilizzati. Questa situazione induce a organizzare le condizioni per dar risposta a una domanda variabile ed eterogenea di servizi. Trovano equilibrio le attese di rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento per l'A.O. Bolognini e di presidio del profilo di efficienza nell'erogazione delle prestazioni da parte di NC. Si osserva una tensione costante a trovare un bilanciamento tra attese istituzionali differenti: quelle sulla qualità e capillarità nell'erogazione delle prestazioni da parte della azienda pubblica vengono ponderate da quelle di efficienza del partner privato. Certamente ha un peso la dimensione della scala operativa dei processi esternalizzati quando le responsabilità complessive sul servizio e quelle gestionali sono ripartite tra più soggetti: si evidenzia che il bilanciamento tra responsabilità sulla risposta complessiva ai bisogni di interesse pubblico e responsabilità sulle condizioni di gestione dell'erogazione dei servizi trova una condizione di vantaggio se i processi erogativi non sono molto estesi

## II. La partnership determina aree critiche

L'esternalizzazione dell'intera filiera pone alcune questioni che ne condizionano il funzionamento: di seguito si prospettano quelle più rilevanti alla luce del caso osservato.

### *Legami logistici «forti» con l'AO*

L'esternalizzazione dell'intera filiera induce un problema di «massa critica» nel mantenere standard di efficienza e appropriatezza per ciascun nucleo omogeneo.<sup>8</sup> In dettaglio, la sola dialisi non riesce a garantire completamente le soglie di funzionalità della degenza e dell'ambulatorio. Essere incardinati all'interno della struttura ospedaliera, partecipare alle routine e ai processi manageriali e professionali in seno all'azienda consente di garantire una maggior condivisione dei saperi e un flusso di pazienti inviati sia

da altre unità operative sia da altri attori che inviano all'A.O. Bolognini, in quanto azienda sanitaria con un suo ruolo all'interno della rete di offerta provinciale. In altri termini, le interdipendenze generiche prodotte dalla partecipazione alla medesima azione aziendale, alla condivisione di riti e cerimonie manageriali (ad esempio, la giunta di dipartimento) condizionano i canali di alimentazione dei flussi di pazienti e nutrono le relazioni di scambio interdisciplinare, garantendo condizioni cruciali di funzionamento se si sterna l'intera filiera.

### *Elevato fabbisogno di servizi sanitari e operativi di supporto da parte della degenza*

I diversi nuclei omogenei di attività nefrologiche hanno interdipendenze operative differenti con l'azienda. La degenza ordinaria richiede una serie di servizi di supporto sia sanitari sia operativi: dalla guardia notturna alla sala mortuaria, dalle consulenze erogate e acquisite da altre unità operative, ecc. Tale fabbisogno è motivato da una casistica di pazienti dai bisogni variabili e instabili: la gestione dell'acuzie, infatti, induce la necessità di avere accesso a risorse molto eterogenee sia sanitarie (ad esempio, consulenze da parte di professionisti non nefrologi, servizi quali la terapia intensiva e il pronto soccorso) sia amministrativa (ad esempio, la compilazione delle schede di dimissione ospedaliera).

Si tratta di servizi che in parte rientrano nel canone annuo riconosciuto al partner pubblico e in parte sono oggetto di «prezzi di trasferimento interni» da definire *ad hoc*.

### *Necessarie condizioni di omogeneità di trattamento del personale pubblico e privato: estensione dei sistemi operativi aziendali*

Come anticipato nella descrizione del caso, i dipendenti pubblici dell'A.O. Bolognini sono stati inizialmente «distaccati» al privato che ne ha assunto la gestione mantenendo gli obblighi del Contratto pubblico. Il pagamento dei compensi veniva effettuato dall'A.O. Bolognini con rimborso da parte della Fondazione prima e da NC poi. Fino al pensionamento o trasferimento, il personale, seppur distaccato, continua a figurare come aziendale, mentre il nuovo personale sanitario e amministrativo viene assunto direttamente dal privato con Contratto nazionale Aiop, senza impatto alcuno sul bilancio

dell'A.O. La compresenza di contratti di lavoro differenti, con livelli salariali e benefit differenti (minori per i dipendenti privati rispetto ai dipendenti pubblici) ha creato criticità. La risposta osservata è stata quella di ricreare condizioni di appartenenza e riorientamento rispetto alla missione. Allo scopo sono stati selezionati gli strumenti di gestione del personale che risultavano più efficaci rispetto a tale obiettivo. Sono stati utilizzati i medesimi criteri di valutazione delle performance del personale prevedendo inoltre la partecipazione a iniziative di formazione professionale promosse dall'A.O. Bolognini. La formazione su temi manageriali è stata invece gestita da NC: la gestione unitaria di tutto il personale, pubblico e privato, ha permesso di raggiungere un alto livello di omogeneità, rimodulando le condizioni operative del personale (ad esempio la durata dei turni infermieristici di 5:30 h) e garantendo standard di assistenza sanitaria elevati. Inoltre, si percepisce che in ambienti «misti» per la compresenza di persone che hanno inquadramenti contrattuali differenti il leader ha un ruolo centrale di garanzia degli equilibri parziali e complessivi tra persone e condizioni di lavoro.

### *III. Vantaggi di focalizzazione e specializzazione dell'offerta*

La natura dei servizi della filiera, le logiche di finanziamento e i sistemi di valutazione delle performance condizionano le scelte di focalizzazione e specializzazione dell'offerta nei rapporti pubblico-privato. Di seguito alcune riflessioni.

#### *Convenienze indotte dal sistema di finanziamento ed equilibrio tra offerta pubblica di servizi e condizioni di efficienza produttiva*

Diversamente dal soggetto pubblico che gestisce unitamente una pluralità di servizi poggiando su sistemi operativi comuni e trasversali (con costi generali da ripartire poi tra le unità operative), il privato, isolando specifici processi produttivi, arriva a conoscere e gestire con maggiore efficienza i costi del singolo paziente. Per quel che concerne NC, l'integrazione delle necessità del paziente nefropatico (dialisi, farmaci, ecc.) pone l'attore in condizioni tali da apportare maggior efficienza e ottimizzazione dei processi avendo

specializzato il proprio portafoglio d'attività sia sulla dialisi sia sui farmaci e i materiali dialitici. Si assiste, quindi, a forme di diversificazione del portafoglio da parte del privato che devono fare i conti con le politiche di finanziamento. Ad esempio, le differenti tariffe per emodialisi e dialisi peritoneale, orientano le convenienze di portafoglio inibendo l'organizzazione del servizio di dialisi peritoneale per il privato.<sup>9</sup> Altro esempio è indotto dalla gestione dell'anemia, il cui farmaco principale è rappresentato dall'Eritropoietina (EPO)<sup>10</sup>: la scelta del farmaco e il suo costo relativo rispetto al costo totale del trattamento dialitico variano in misura significativa rispetto ai diversi meccanismi di erogazione e rimborso adottati dalle Regioni. La Lombardia include nel rimborso tutti i farmaci previsti per la gestione del paziente nefropatico, il che ha dato a NC la possibilità di trovare il miglior equilibrio di costo/efficacia tra tutte le opzioni terapeutiche a disposizione dei professionisti (dialisi, farmaci, procedure).

#### *Modelli organizzativi del sistema pubblico ma forme di efficientamento diffuse*

Gli assetti istituzionali orientano i fini e le condizioni dell'azione aziendale. L'organizzazione del lavoro nella pratica assistenziale osservata nel caso rispecchia i modelli organizzativi di altre unità operative di nefrologia e dialisi in contesti pubblici (gli ambulatori sono suddivisi per casistica, i medici hanno vocazioni specialistiche nelle loro attività così come gli infermieri hanno un orientamento di prevalenza rispetto alle attività gestite in degenze piuttosto che in ambulatorio o per la dialisi); le scelte in merito alla gestione di alcuni servizi operativi (ad esempio, il lavaggio e la preparazione delle divise e dei camici per infermieri e medici piuttosto che le lenzuola per la locanda del posto-letto) e di servizi sanitari sempre di supporto (ad esempio, la gestione dei farmaci dall'acquisto all'utilizzo) sono state compiute al di fuori dei vincoli che l'attore pubblico è chiamato a rispettare. Se i processi clinico-assistenziali sono sovrapponibili, nelle loro modalità di organizzazione e gestione dei malati, a quelli osservabili nelle strutture pubbliche, quelli di supporto sono gestiti secondo regole e sistemi di gestione del privato. Si evidenzia, quindi, una maggiore elasticità del soggetto

privato nell'organizzare i servizi di supporto. La continuità del modello di organizzazione del lavoro può essere indotto da una serie di fenomeni: certamente ha un ruolo il fatto che nella formazione di ciascun nefrologo il modello di organizzazione dell'assistenza si ispirava alle scelte di specializzazione che concentravano tutte le attività della disciplina all'interno dei muri perimetrali dell'unità operativa; questa situazione è stata esperita anche nell'A.O. di Seriate che aveva già attività nefrologica prima dell'avvio della sperimentazione gestionale. I problemi di efficientamento sembrano più direttamente collegabili ai servizi di supporto non sanitari.

*Sistemi di governo clinico puntuali per filiere specializzate e sistemi operativi e gestionali specifici per nucleo di attività omogenea*

All'interno degli assetti istituzionali pubblici, l'eterogeneità delle combinazioni economiche e l'unitarietà dei sistemi operativi adottati rende difficile poter progettare e gestire sistemi di governo clinico diffusi (estesi a tutte le discipline presenti in azienda) e specializzati. Situazione differente se vi è una focalizzazione su poche e specifiche attività. NC ha promosso l'adozione di un nuovo sistema informativo clinico per realizzare il controllo clinico seguendo la logica del *workflow* che aumenta la *compliance* della prescrizione, indirizzando tutti i referti clinici del laboratorio analisi dell'A.O. nella cartella clinica del paziente di NC. Ciò permette di registrare e mantenere aggiornata in modo elettronico la cartella clinica del paziente, consentendo inoltre la gestione giornaliera delle attività primarie del centro dialisi. È prevista la messa in rete di tutte le macchine di dialisi per poter raccogliere un maggior e miglior volume di dati.

A rafforzare la capacità di monitoraggio e valutazione delle attività è finalizzata anche la *NephroCare BalancedScoreCard* (NCB-SC), strumento di management che allinea gli obiettivi operativi, gestionali e clinici. Questa prevede, infatti, un *set* d'indicatori per misurare il raggiungimento di *target* prefissati su quattro prospettive: i pazienti per il rispetto delle linee guida cliniche dell'*European Dialysis and Transplant Association* (EDTA); i collaboratori, per la soddisfazione e lo sviluppo professionale; gli azionisti, ri-

spetto alle efficienze operative e lo sviluppo delle attività; la comunità, in termini di adeguamento a certificazioni, qualità, requisiti legali, rispetto ambientale. Le scelte di focalizzazione dell'offerta agevolano lo sviluppo di sistemi operativi (in dettaglio di valutazione delle performance) specifici per nucleo operativo evitando scelte trasversali per un portafoglio eterogeneo di attività funzionali a garantire unitarietà in aziende molto grandi e complesse come quelle sanitarie pubbliche.

*IV. Dinamismo della ricerca privata in un sistema pubblico: reclutamento e manutenzione dei saperi e centralità della relazione con l'attore pubblico e con il circuito scientifico*

Il caso evidenzia che l'affidamento di un servizio clinico a un soggetto privato, quale NC, possa produrre delle ricadute positive in termini di aggancio a un sistema di saperi internazionali legato alla costante tensione all'innovazione di prodotto che naturalmente un gruppo multinazionale insegue. Le attività di ricerca sono, inoltre, condizionate dalla casistica oltre che dallo sviluppo tecnologico. L'U.O. di Nefrologia e dialisi dell'A.O. Bolognini è attiva nel campo della ricerca per la dialisi (90% della ricerca totale) ed è spesso capofila negli studi (circa nel 70% dei casi), mentre per altre patologie nefrologiche, dove la ricerca richiede significativi volumi di pazienti, NC partecipa a studi multicentrici. Il bacino di utenza e le scelte di sviluppo di prodotto dell'impresa sono condizioni che vincolano gli spazi di ricerca che l'intera filiera nefrologica esternalizzata può occupare.

A fronte dell'innovazione collegata alla tecnologia occorre segnalare la centralità dei legami con la comunità scientifica che sviluppa una sempre maggiore conoscenza delle malattie nefrologiche. Appare evidente che il circuito del sapere della disciplina e quello collegato allo sviluppo della tecnologia debbano avere importanti momenti di contatto e condivisione, evitando fratture che non consentano processi di *knowledge transfer*. Il costante contatto tra i circuiti è garantito attraverso:

a) la compenetrazione tra azione dell'attore pubblico e azione dell'attore privato. Par-

tecipare alla complessiva attività aziendale, sebbene con assetto istituzionale differente, consente di essere percepiti come parte di un tutt'uno che all'esterno appare omogeneo o quasi. Significa che la *reputation* del partner privato è collegata a quella dell'intera azienda pubblica, largamente preferita dalle giovani risorse mediche rispetto alla partecipazione all'azione d'impresa. Ampliare la filiera di servizi specialistici gestiti dal partner privato, rende cruciale il reperimento di competenze specialistiche da parte di quest'ultimo e il loro costante aggiornamento;

b) la partecipazione alle arene professionali attraverso le diverse configurazioni (ad esempio, società scientifiche). Le forme di scambio e di confronto all'interno della comunità non solo ampliano i perimetri delle appartenenze, ma consentono fenomeni di manutenzione dei saperi distintivi della disciplina che i nefrologi interpretano nelle diverse configurazioni organizzative e istituzionali nelle quali operano.

## 5. Conclusioni

Il contributo ritrae alcune questioni chiave relativamente alle interdipendenze dell'intera filiera dei servizi nefrologici e rispetto a tre vettori principali: la gestione del paziente, l'utilizzo delle risorse (di natura eterogenea: servizi amministrativi, personale medico e infermieristico, dispositivi, ecc.) e i saperi della comunità professionale.

Osservando il comportamento degli attori pubblici e privati rispetto a tali vettori, è stato possibile identificare quali siano le variabili che più risentono del cambiamento istituzionale generato dalla costruzione di una *partnership*. Sono emersi i meccanismi espliciti e impliciti, sviluppati nell'ambito della *partnership* e finalizzati a mantenere l'integrità complessiva della filiera nefrologica al suo interno e nei confronti della struttura ospedaliera in cui il partner privato opera. Con quest'ultima l'attore privato attiva diverse forme di collaborazione, avendo tuttavia il vantaggio di non dover adottare alcuni meccanismi dell'azienda pubblica rivolgendosi al mercato per approvvigionamento di risorse.

Il contributo ha inteso proporre una lettura critica basata sulle teorie dell'organizzazio-

ne e del management, nel tentativo di cogliere non tanto le caratteristiche della formula istituzionale adottata quanto le relazioni che occorre presidiare in occasione di «scorpori» dell'attività che toccano intere aree specialistiche. L'ottica prevalente nella realizzazione del caso è quella del management sanitario pubblico, con particolare attenzione al sistema dei servizi sanitari e ai processi di cambiamento e aggiustamento delle modalità organizzative di erogazione di tali servizi. Ulteriori interpretazioni del fenomeno, nella prospettiva dell'impresa, potrebbero concernere la diversificazione del portafoglio di attività del fornitore privato, il quale non avendo pregresse esperienze di gestione diretta dei servizi sanitari inizia un processo di apprendimento all'interno delle strutture pubbliche di cui è partner e presso le quali gradualmente si forma, divenendo, da fornitore di materiali satellite delle terapie, vero erogatore della cura stessa.

Il caso dell'A.O. Bolognini di Sierate e della *partnership* consolidata con NC nella gestione dell'intera Unità operativa di Nefrologia e dialisi (servizi di prevenzione, diagnosi e *follow up*, degenza e dialisi) è il primo caso nazionale che presenta una tale estensione dei servizi affidati all'esterno dei confini aziendali. Nonostante il successo ottenuto dalla *partnership* nel mantenere l'integrità dei processi di gestione e cura, si nota come alcune criticità siano sorte, non tanto sulle decisioni afferenti livelli quali/quantitativi dei servizi clinici, quanto piuttosto, a monte, nel portare a compimento una piena compenetrazione tra diversi sistemi aziendali pubblici e privati. Gli elementi gestionali in cui partner pubblico e privato differiscono maggiormente (sistemi operativi, sistemi di gestione del personale, ecc.) possono rappresentare infatti le principali cause di criticità e rallentamenti al processo di integrazione. Nel caso, tali difficoltà sono state superate attraverso omogeneità dei sistemi di gestione e meccanismi relazionali e di mutuo adattamento nonché, grazie alla scelta esplicita di mantenere continuità tra le diverse fasi dell'esperienza nell'organizzazione del lavoro dedicato all'assistenza, promuovendo e agevolando il dialogo tra parte pubblica e parte privata.

Diversi sono gli spunti di riflessione offerti dalla ricerca: le peculiarità dei servizi

nefrologici; l'organizzazione ed evoluzione dei saperi in contesti in cui cambiano le architetture organizzative; gli spazi di integrazione pubblico-privato nell'erogazione di servizi sanitari in senso stretto, e non semplicemente di supporto; le conseguenze in termini di compenetrazione tra sistemi aziendali differenti; la gestione delle risorse umane in contesti di esternalizzazione parziale; l'efficientamento dei servizi sanitari pubblici grazie al travaso di alcuni meccanismi privati nella gestione pubblica, e la tutela di efficacia, accessibilità ed equità ottenuta grazie al riconoscimento di un importante ruolo di controllo e garanzia dell'attore pubblico. Le osservazioni proposte non esauriscono l'insieme delle problematiche che un'esternalizzazione così ampia induce, ma propongono alcune generalizzazioni che consentono di rileggere il fenomeno rispetto alla relazione tra servizi «dentro» e «fuori» l'azienda pubblica.

#### Ringraziamenti

Il presente contributo è la sintesi di alcune delle riflessioni condotte all'interno della ricerca «Forme di gestione e assetti istituzionali per la filiera dei servizi nefrologici» che CERGAS Bocconi e CUSAS Università di Firenze hanno condotto per Fresenius Medical Care. Si ringrazia la Società Italiana di Nefrologia per il supporto e la collaborazione forniti.

#### Note

1. Art. 9-bis D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni; dal 2001 la materia è di competenza regionale, legge n. 405 del 2001.
2. Per una classificazione dei servizi sanitari, si veda Bensa, Pellegrini (2002).
3. Regione Lombardia Del. G.R. VI/42718 del 29.4.1999; Del. G.R. VII/185575 del 5.8.2004; costituzione di una Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato presso la D.G. Sanità; creazione *database* con tutte le informazioni relative alle sperimentazioni avviate.
4. Il trapianto è assente presso l'A.O. Bolognini di Seriate.
5. Le Linee guida regionali sulle sperimentazioni gestionali prevedevano ad esempio che il partner fosse una Onlus.
6. Per un approfondimento delle forme giuridiche adottate per la realizzazione di sperimentazioni gestionali si veda Amatucci, Lecci, Marsilio (2007).
7. Le richieste d'acquisto vengono inoltrate direttamente all'ufficio Ordini a Napoli; le forniture vengono successivamente distribuite dalla Germania al magazzino di Trezzano Rosa (MI).
8. All'interno dell'accordo tra NC e A.O. Bolognini di Seriate è previsto che in caso di tassi di utilizzo al di sotto del 65%, l'attività di degenza venga trasferita azienda pubblica.
9. Inizialmente fu chiesta a NC la disponibilità a erogare anche la dialisi peritoneale.
10. NC acquista EPO di terza generazione da alcuni produttori internazionali, con i quali ha contratto di distribuzione e per altri farmaci si serve di unico distributore.

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

- AMATUCCI F., FAVRETTO F., VECCHI V. (2010), «Il finanziamento degli investimenti sanitari: il partenariato pubblico privato su misura», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2010*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., GUGIATTI A. (2007), «Processi di esternalizzazione in sanità e criteri di valutazione», *Mecosan*, 62, pp. 9-38.
- AMATUCCI F., LECCI F., MARSILIO M. (2007), «Le sperimentazioni gestionali per i servizi core: ricognizione delle esperienze e analisi di due casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., LECCI F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico - privato in sanità: un'analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., DE MATTEIS F. (2007), «Uno strumento di partnership fra pubblico e privato: la fondazione di partecipazione», *Economia, Azienda e Sviluppo*, 2, Cacucci Editore.
- BÖRZEL T.A. (1998), «Le reti di attori pubblici e privati nella regolazione europea», *Stato e mercato*, 3, dicembre, pp. 389-432.
- BORGONOVÌ E., FATTORE G., LONGO F. (2009), *Management delle Istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BENSA G., PELLEGRINI L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.
- BRUGNOLI A., ZANGRANDI A. (2009), *Partnership pubblico privato in sanità*, Guerini Associati, Milano.
- DE PIETRO C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni di mercato e lavoro e risposte del management»,

- in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- CAMUFFO A. (1997), «Le interdipendenze», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli, *Manuale di organizzazione aziendale*, Volume 2, «La progettazione organizzativa», Torino, Utet.
- CAPELLARO G., MARSILIO M. (2007), «Le collaborazioni pubblico privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali», *Mecosan*, 63, pp. 9-36.
- DAL CANTON A., DEL VECCHIO M. (2009), «Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia», *Mecosan*, 72, pp. 9-38.
- DAS T.K., BING-SHENG TENG (1998), «Between Trust and Control: Developing Confidence in Partner Cooperation in Alliances», *Academy of Management Review*, 23 (3), pp. 491-512.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2000*, Egea, Milano.
- GALBRAITH J.K. (1973), *Designing complex organizations*, Addison Wesley, Reading Mass.
- GRANDORI A. (1995), *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino, Bologna.
- GRANDORI A. (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità: Strategia e gestione*, Egea, Milano.
- LAWRENCE P., LORSCH J. (1967), *Organization and environment*, Harvard Business School Press., Cambridge, Mass.
- MENEGUZZO M., CEPILU D. (2008) (a cura di), *Network pubblici: strategia, struttura e governante*, Milano, McGraw Hill.
- MACINATI M.S. (2006), «L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- MACINATI M.S. (2007), «Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale», *Mecosan*, 64, pp. 41-52.
- MACINATI M.S., D'URSO A., DEGRASSI F., FACHIN M., LETO A. (2009), «La reinternalizzazione dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Aou di Trieste e della Asl RM B», *Mecosan*, 71, pp. 151-158.
- MACINATI M.S. (2006), «Outsourcing in sanità: successo o fallimento? Indicazioni da una ricerca empirica», *Politiche sanitarie*, 7 (3), pp. 105-121.
- PFEFFER, J. (1982), *Organizations and Organization Theory*, Pitman, Marshfield, MA.
- PFEFFER J., SALANCIK G.R. (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, Harper and Row, New York, NY.
- PRAGER J. (1992), *Contracting out: theory and policy*, New York University.
- ROCKART J.F., SHORT J.E. (1989), «IT and the networked organization: towards more effective management of interdependence», CISR WP No. 200, Center for Information Systems Research, Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organizations in actions*, McGraw Hill, New York.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 69-80.
- WILLIAMSON O.E. (1981), «The economics of organization: the transaction cost approach», *American Journal of Sociology*, 87, pp. 548-77.



# NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Leonardo Altieri, Maria Augusta Nicoli, Vittoria Sturlese (a cura di)

## LA SANITÀ DEI CITTADINI

FRANCOANGELI, MILANO, 2011, € 24,50, PP. 224 - ISBN: 9788856845570

*Il dibattito sui diritti di cittadinanza in sanità è di grande attualità, non solo in Italia, e la riflessione teorica, connessa alle nuove pratiche, si arricchisce sempre più, come afferma Giovanni Moro nell'Editoriale. Il saggio di Joao Arriscado Nunes ne è una dimostrazione, soprattutto perché le esperienze a cui fa riferimento (di mobilitazione non solo per i propri diritti, ma per il riconoscimento stesso dei bisogni sanitari) sono diffuse nel contesto mondiale. Il tema dei diritti di cittadinanza, non casualmente, in molti dei saggi qui raccolti è strettamente connesso a quello della partecipazione in campo sanitario. L'affermazione dei diritti, infatti, passa necessariamente attraverso forme di attivizzazione dei cittadini, anche in alleanza con associazioni di specialisti della sanità. E varie altre questioni si intrecciano col binomio cittadinanza-partecipazione: l'empowerment, la democrazia deliberativa, il citizens' activism, il ruolo del volontariato. Ma chi è il cittadino? È solo un cliente? Solo un beneficiario? Come si rapporta, in termini di cittadinanza e partecipazione, ad altri attori, come i decisori e i manager? O con gli operatori della sanità? Dai saggi qui presentati emerge quanto sia complessa questa figura, perché non c'è solo il cittadino/paziente, ma anche il cittadino/care-giver, il cittadino/volontario, il cittadino/esperto.*

**INDICE** EDITORIALE, DI GIOVANNI MORO - INTRODUZIONE, DI MARIA AUGUSTA NICOLI, VITTORIA STURLESE, LEONARDO ALTIERI - 1. SAGGI - 1.1. LEONARDO ALTIERI, DIRITTI DI CITTADINANZA, PARTECIPAZIONE, SALUTE COLLETTIVA - 1.2. LA PARTECIPAZIONE SOCIALE COME PRATICA DELLA CITTADINANZA NEI SISTEMI SANITARI, DI MAURO SERAPIONI - 1.3. NUOVE VULNERABILITÀ COME OPPORTUNITÀ PER IL RIPENSAMENTO DEI PERCORSI PARTECIPATIVI, DI GINO MAZZOLI - 1.4. PERSONAGGI IN CERCA DI MEDIAZIONE NEL DIFFICILE MONDO DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE, DI VINCENZA PELLEGRINO - 1.5. PARTECIPAZIONE DEL VOLONTARIATO E SVILUPPO DI COMUNITÀ, DI RENATO FRISANCO - 2. CONFRONTI - 2.1. SE VI DICIAMO «SERVIZI COMUNI» VOI COSA VEDETE? (A CURA DI VINCENZA PELLEGRINO) - 2.2. TAVOLA ROTONDA: FRANCESCA MOCCIA, ELEONORA ARTESIO, CRISTINA MARCHESI, CINZIA MIGANI, SARA CARZANIGA, GIOVANNI CARACCI - 3. ESPERIENZE - 3.1. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI NELLE POLITICHE SANITARIE DELLA TOSCANA, DI ROBERTA BOTTAI, MARCO MENCHINI - 3.2. RETE DI RETI PER LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI, DI SALVATORE GERACI, CHIARA BODINI - 3.3. STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA COSTRUZIONE DEL PROFILO DI COMUNITÀ, DI ANNA MARCON, ENO QUARIGNOLO, SONIA CICERO, BARBARA CALDERONE - 3.4. SALUTE È PARTECIPARE. RIFLESSIONI DI METODO E DI MERITO SULLA REALIZZAZIONE DEI PEPS NEL TERRITORIO CUNEESE, DI FRANCA BECCARIA, SARA ROLANDO, MARCELLO CAPUTO, MARIA TERESA PUGLISI, MARIA GRAZIA TOMACIELLO - 3.5. EMPOWERMENT DELLA COMUNITÀ PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DOLORE, DI LAURA BIAGETTI, MARIA CALZOLARI - 3.6. IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DI UTENTI E FAMILIARI NEL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DI TRENTO. L'APPROCCIO DEL «FAREASSIEME» E GLI UTENTI FAMILIARI ESPERTI (UFE), DI RENZO DE STEFANI, EMANUELE TORRI, KATHLEEN BERTOTTI - 4. DIBATTITO - 4.1. SALUTE, DIRITTO ALLA SALUTE E GIUSTIZIA SANITARIA, DI JOÃO ARRISCADO NUNES - 5. COMMENTI - 5.1. A PROPOSITO DI SALUTE, DIRITTO ALLA SALUTE E GIUSTIZIA SANITARIA, DI ANNA APICELLA - 5.2. DIRITTO ALLA SALUTE: UNA MOLTEPLICITÀ DI PROBLEMI, DI MANUELA FIORETTI - 6. NOTE - 6.1. ATTUALITÀ - RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA SEZIONE SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA DELL'«AIS», DI PAOLA CANESTRINI

Giancarlo Bizzarri, Massimo Farina

**STRATEGIA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE**

FRANCOANGELI, MILANO, 2012, € 20,00, PP. 176 - ISBN: 9788856839869

*Il volume propone un approccio alla gestione del rischio clinico di carattere sistemico. Traccia la strategia aziendale messa in atto nel Piano strategico triennale, per arrivare allo sviluppo del rischio clinico in un Piano di settore specifico, con impatto sui processi critici prioritari. Sono analizzati inoltre gli approcci e i possibili metodi per la mappatura dei rischi aziendali, finalizzati a determinare le priorità di intervento. Il testo completa la parte di «sistema» con un approfondimento sul processo di gestione del rischio clinico fornendo una panoramica applicativa dei suoi principali strumenti. A questa parte di introduzione metodologica segue una serie di casi relativi a Organizzazioni sanitarie e Società scientifiche, sviluppati in ambito nazionale, che illustrano esempi di applicazioni pratiche delle tecniche e degli strumenti utilizzati con i relativi risultati ottenuti. La diffusione degli strumenti in diverse aree aziendali e la concretezza dei risultati raggiunti hanno convinto gli autori a descrivere, divulgare e condividere queste esperienze allo scopo di aumentare la sicurezza dei pazienti. Attraverso il volume si intende diffondere le conoscenze acquisite e le esperienze maturate, con l'auspicio che possano fornire spunti concreti per la loro applicazione presso altre strutture e organizzazioni sanitarie e scientifiche. Si intende, inoltre, stimolare un momento di riflessione finalizzato anche a dimostrare come il coinvolgimento diretto, assiduo e consapevole dei professionisti, sia l'elemento fondamentale per consentire al progetto di Clinical Risk Management di effettuare un salto di qualità tanto atteso e divenire, se opportunamente sviluppato, il motore di un radicale cambiamento culturale e professionale capace di soddisfare le necessità del mondo sanitario.*

**INDICE** PREFAZIONE, DI GIANCARLO BIZZARRI, MASSIMO FARINA - INTRODUZIONE - 1. LA GESTIONE AZIENDALE E LA GESTIONE STRATEGICA DEL RISCHIO CLINICO - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. LA GESTIONE STRATEGICA DEL RISCHIO - 1.3. LA STRATEGIA AZIENDALE DEL RISCHIO CLINICO - 1.4. IL PIANO PLURIENNALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - 1.5. LA GESTIONE DEI PROGETTI ANNUALI DEL RISCHIO CLINICO - 2. LA MAPPATURA AZIENDALE DEL RISCHIO CLINICO - 2.1. INTRODUZIONE - 2.2. LE FINALITÀ DELLA MAPPATURA DEI RISCHI - 2.3. LE TECNICHE DI MAPPATURA DEI RISCHI - 2.4. LA MAPPATURA DEI RISCHI ATTRAVERSO L'ANALISI DEI DATI - 2.5. LA MAPPATURA ATTRAVERSO LA CONSULTAZIONE INTERNA - 2.6. LA MAPPATURA ATTRAVERSO L'ADOZIONE DELLE BUONE PRATICHE - 3. GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - 3.1. INTRODUZIONE - 3.2. LA TERMINOLOGIA - 3.3. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E GLI STRUMENTI - 3.4. INCIDENT REPORTING - 3.5. EVENTI SENTINELLA - 3.6. ROOT CAUSE ANALYSIS - 3.7. ANALISI DEI CONTENZIOSI E DEI SINISTRI - 3.8. FMEA - FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS - 3.9. FARMACOVIGILANZA, DISPOSITIVO VIGILANZA ED EMOVIGILANZA - 3.10. ANALISI CARTELLE CLINICHE - 4. I CASI AZIENDALI - 4.1. INTRODUZIONE - 4.2. LA MAPPATURA DEI RISCHI TRAMITE L'ANALISI DEI DATI: IL CASO DELL'ULSS 7 REGIONE VENETO - 4.3. LA MAPPATURA DEI RISCHI TRAMITE LA CONSULTAZIONE INTERNA: IL CASO DELL'AUSL DI FERRARA - 4.4. L'APPLICAZIONE DELLE PRATICHE OBBLIGATORIE SECONDO IL MODELLO ACCREDITATION CANADA: IL CASO DELL'ULSS 9 REGIONE VENETO - 4.5. LA GESTIONE AZIENDALE ORIENTATA ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE SECONDO IL MODELLO JOINT COMMISSION: IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE - 4.6. L'APPLICAZIONE DELL'INCIDENT REPORTING: IL CASO DELL'ULSS 3 REGIONE VENETO - 4.7. L'APPLICAZIONE DELLA FMEA IN CARDIOCHIRURGIA: IL CASO DELL'ULSS 9 REGIONE VENETO - 4.8. L'APPLICAZIONE DELLA FMEA NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA: IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA-UNIVERSITÀ DI PADOVA - 4.9. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA RETE TERRITORIALE: IL CASO DELL'ULSS 7 REGIONE VENETO - 4.10. IL CONTRIBUTO DEL COLLEGIO ITALIANO DEI PRIMARI DI ONCOLOGIA MEDICA OSPEDALIERA - CIPOMO NELLO SVILUPPO DELLA CULTURA DEL RISCHIO CLINICO - 4.11. IL SUPPORTO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA - AIRO NELL'IDENTIFICAZIONE DELLE POSSIBILI PRIORITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Ivan Cavicchi

**I MONDI POSSIBILI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.  
LE LOGICHE DEL CAMBIAMENTO**

MACGRAW-HILL, MILANO, 2012, € 25,00, PP. 250 - ISBN: 9788838626906

*La sanità è sempre più al centro di un pesante conflitto tra diritti e risorse. Una programmazione, riconcepita con nuove logiche, a partire da una teoria generale del cambiamento,*

*può essere la chiave di volta per risolverlo. L'autore propone di ripensare la programmazione come metodo e come strumento configurandola dentro una nuova funzione riformatrice andando oltre il suo tradizionale impiego di pura gestione dei limiti economici o di teorica definizione di obiettivi di salute. In questo libro sono affrontate in modo nuovo tutte le problematiche tipiche della programmazione sanitaria.*

**INDICE** PARTE I. DEFINIZIONI E CONSUETUDINI - CAPITOLO 1. PROBLEMI DI DEFINIZIONE - CAPITOLO 2. CONSUETUDINI DELLA PROGRAMMAZIONE - PARTE II. PROGRAMMARE IL CAMBIAMENTO - CAPITOLO 3. RIPENSARE LA PROGRAMMAZIONE - CAPITOLO 4. FORMARE UNA MENTALITÀ PER IL CAMBIAMENTO - CAPITOLO 5. LE LOGICHE DEL CAMBIAMENTO - CAPITOLO 6. COSTRUIRE UN PROGRAMMA: OBIETTIVI E CONDIZIONALI, ADATTAMENTI E CONTESTI, COMPLESSITÀ E COMPORTAMENTI - CAPITOLO 7. COMPOSSIBILITÀ, PREDICIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ - PARTE III. ORGANIZZAZIONI, OPERATORI, COMPORTAMENTI - CAPITOLO 8. I SISTEMI INTERCONNESSIONALI - CAPITOLO 9. RETI E PERCORSI - CAPITOLO 10. I MODI DI ESSERE: IL VALORE DEI COMPORTAMENTI - CAPITOLO 11. LA QUESTIONE «OPERATORI»: DAI COMPITIERI AGLI AUTORI - PARTE IV. CONCLUSIONI OPERATIVE - CAPITOLO 12. SUGGERIMENTI - CAPITOLO 13. INDICE ANALITICO DELLE ANTINOMIE, DEI PARADOSSI, DELLE CONTRADDIZIONI: IL COSTO SOCIALE ED ECONOMICO DELLE APORIE - CAPITOLO 14. QUESTIONI BIBLIOGRAFICHE

Nomisma. Società di studi economici (a cura di)

**IL FENOMENO DELLA CONTRAFFAZIONE DEI FARMACI. 1° RAPPORTO NOMISMA**

ED. ITALIANA E INGLESE, AGRA EDITORE, MILANO, 2011, € 18,00, PP. 96 - ISBN: 9788861401051

*Questo lavoro è un'analisi dei principali fattori che incidono sulla contraffazione in un settore particolarmente delicato come quello del farmaco. Questo fenomeno sta assumendo una dimensione sempre più vasta che ha implicazioni serie per pazienti e consumatori, governi, imprese e organizzazioni internazionali. Le maggiori conseguenze della contraffazione del farmaco riguardano naturalmente la salute pubblica, ma vi sono effetti importanti anche nell'ambito della tutela della proprietà intellettuale. Nonostante vada riconosciuto che negli ultimi anni lo sforzo di rilevazione e di analisi è notevolmente aumentato, le statistiche sull'impatto della contraffazione in termini di valore aggiunto del settore, di occupazione e di minori entrate fiscali, nonché quelle sulla violazione dei diritti di proprietà intellettuale forniscono ancora informazioni parziali per una quantificazione esaustiva; sono tuttavia certamente utili quale base conoscitiva del fenomeno, delle sue evoluzioni e di molti altri aspetti.*

**INDICE** PREMessa - 1. LA CONTRAFFAZIONE: CARATTERISTICHE E QUANTIFICAZIONE DEL FENOMENO - 2. LE INIZIATIVE PER LA LOTTA ALLA CONTRAFFAZIONE - 3. LE TECNOLOGIE PER IL CONTRASTO AL FENOMENO - 4. CONCLUSIONI - 5. BIBLIOGRAFIA - 6. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI

Costo dell'abbonamento per l'anno 2012: € 350,00

# 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 2012 è fissato in:

**€ 350,00 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 2012 per l'estero è fissato come segue: € 350,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 450,00, 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) € 345,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 345,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 345,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 345,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 345,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 345,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 345,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 345,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 345,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 345,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 350,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620) € 350,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692) € 350,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688) € 350,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 350,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600) € 350,00 *
Volume 20°, annata 2011 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 616) € 350,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 5.907,50, anziché € 6.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

\* Disponibile anche in CD-rom.