

## Assetto istituzionale-organizzativo

L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale si presenta sempre più articolato ed eterogeneo tra le regioni. Se da un lato questa eterogeneità in senso organizzativo ed istituzionale è una necessaria risposta alle diverse esigenze che l'erogazione dei servizi di assistenza impongono nei diversi contesti locali, dall'altro indica una progressiva perdita di quell'unitarietà di approccio che ha rappresentato uno dei fondamenti essenziali nella costituzione del SSN. È importante, in questo contesto, osservare le diverse scelte e i diversi approcci organizzativi adottati dalle regioni per rispondere al fabbisogno di assistenza dei cittadini, ma è sempre più rilevante la valutazione dell'impatto che certe scelte organizzative hanno sui risultati che il sistema è in grado di produrre in termini di salute nel rispetto dei vincoli economici posti dalla finanza pubblica.

La completa rappresentazione della complessa ecologia organizzativa che costituisce i sistemi sanitari delle regioni italiane imporrebbe l'analisi di variabili ed indicatori in grado di confrontare gli input del sistema (personale, beni e servizi, tecnologia, ecc.), modelli organizzativi sia a livello regionale (es. distribuzione offerta tra pubblico e privato, meccanismi di *governance* e regolazione, ecc.) che aziendale (es. modelli dipartimentali, assetti di *governance* integrata, *outsourcing*) e imporrebbe una valutazione del loro impatto in termini di risultati che questi hanno prodotto.

Il presente capitolo del Rapporto Osservasalute analizza alcuni aspetti organizzativo-istituzionali che contribuisce a definire il modello di governo della sanità delle regioni italiane. Questa analisi è realizzata osservando l'assetto generale dei sistemi regionali d'offerta ("quote di mercato", processo di aziendalizzazione), le forme e i modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi di assistenza (rilevanza del personale amministrativo delle ASL/AO, forme dell'associazionismo nella medicina di famiglia, modello dipartimentale) e aspetti di natura "processuale" (come le liste d'attesa).

Per quanto riguarda l'assetto generale dei sistemi l'attenzione è posta su due variabili. In primo luogo abbiamo voluto indagare la struttura del "mercato" dell'assistenza sanitaria per acuti e in riabilitazione attraverso una indagine longitudinale (anni 2001-2004) volta a verificare il peso relativo delle strutture in considerazione della loro natura giuridica (pubblica e privata) e dell'orientamento al profitto (for profit, e non for profit). In secondo luogo, grazie ad una sintesi dei risultati riportati nel Rapporto OASI negli anni 2006 e 2007, abbiamo ottenuto una fotografia dello stato del processo di aziendalizzazione nel SSN nelle diverse modulazioni presentate a livello regionale.

Relativamente alle forme, ai modelli organizzativi e ai "processi", l'indagine si è concentrata sui modelli dipartimentali adottati dalle aziende del SSN. A livello regionale, in particolare, abbiamo cercato di ricostruire la dinamica della diffusione del modello dipartimentale, scoprendo una forte eterogeneità tra le regioni sui tempi di adeguamento rispetto all'emanazione di provvedimenti legislativi in materia e sulle modalità di diffusione (repentina o progressiva). L'attenzione è stata, inoltre, posta sulla distribuzione del personale amministrativo nelle aziende. Pur con le difficoltà che possono riscontrarsi nel fornire un giudizio sul merito della questione, emerge certamente una forte eterogeneità nell'incidenza di questa tipologia di personale tra le regioni. Tra gli approfondimenti dedicati alle forme organizzative emergenti, abbiamo trattato il tema delle forme di associazionismo della medicina di famiglia con una indagine nazionale che fa il punto della situazione sui diversi modelli adottati nelle regioni. Ancora attenzione è stata data alla questione delle liste d'attesa con l'approfondimento dedicato ai risultati della sperimentazione di un modello di gestione presso un'azienda della Liguria.

L'approfondimento sulla coerenza intrinseca e sulla *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali, identifica il tentativo di adottare un approccio "contingente" all'analisi dei Sistemi Sanitari Regionali. Grazie al lavoro svolto da Mapelli presentiamo un approccio certamente innovativo per fornire un giudizio di coerenza delle scelte istituzionali ed organizzative adottate dalle diverse regioni.

Nonostante la ricchezza di informazione e la scientificità dell'approccio siamo consapevoli che questo capitolo, da solo o anche unitamente a quello che indaga la dimensione economico finanziaria del sistema, non permette di ottenere una rappresentazione compiuta di tutte le variabili organizzative ed istituzionali (input, pro-

cesso-organizzazione, output, out come) e di tutte le loro possibili connessioni (efficienza, efficacia, appropriatezza). Ciononostante sarebbe auspicabile realizzare un'analisi dell'impatto reale di diverse soluzioni istituzionali-organizzative adottate dalle regioni sulla salute dei cittadini. In un contesto in cui l'*evidence* rappresenta sempre più una guida per le scelte nel mondo della medicina, anche le scelte organizzative e quelle politico-istituzionali non possono essere lasciate al caso o a considerazioni di natura puramente ideologica. Nel mondo dei sistemi sociali complessi, e di quelli organizzativi in particolare, non è così agevole individuare esatte corrispondenze tra modelli adottati e risultati conseguiti. L'approccio positivista alla produzione dell'evidenza non sempre produce semplici indirizzi per il *policy maker*. È certo, però, che l'analisi approfondita dei contesti di riferimento gioverebbe alla comprensione delle corrispondenze esistenti tra modelli organizzativi e risultati che i diversi modelli riescono a produrre.

Analizzare compiutamente i sistemi sanitari e fornire evidenze a chi è chiamato a sostenere decisioni manageriali e politiche è cosa effettivamente complessa e laboriosa. Al tempo stesso esiste una domanda di evidenza su “che cosa funziona e che cosa non funziona” nei nostri sistemi sanitari.

Proprio alla luce di queste considerazioni il Rapporto Osservasalute anche quest'anno si è occupato di fornire elementi per inquadrare l'evoluzione dei modelli organizzativi e gestionali dei SSR.

## Personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale

**Significato.** Misura il peso relativo del numero di dipendenti del SSN appartenenti al ruolo amministrativo sul totale di dipendenti del SSN appartenenti a tutti i ruoli. È un indicatore di risorse che pondera la quantità di fattore produttivo personale destinato ad attività non direttamente finalizzata alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione rispetto alla totalità della risorsa personale.

### Quota del personale amministrativo del SSN

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Dipendenti in servizio del SSN (ASL e AO) con qualifica amministrativa  
 Denominatore: Personale complessivo dipendente del SSN

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime la proporzione fra numero di dipendenti con funzioni amministrative e totale del personale del SSN appartenente ai diversi ruoli: sanitario, amministrativo, professionale e tecnico. La validità di tale indice risiede nel fatto che misura la composizione del personale dipendente e, se messo in relazione con altre variabili, come la popolazione servita o il volume e tipologia di attività svolta o di prestazioni erogate, contribuisce a valutare l'efficienza gestionale delle Aziende Sanitarie. Infatti la capacità delle Aziende Sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico fra le risorse acquisite e i costi sostenuti per assolvere alla loro funzione di tutela e di erogatori di prestazioni risente della numerosità e della efficienza con cui operano i dipendenti amministrativi nello svolgimento delle loro attività.

I limiti sono legati ai termini della frazione che innanzitutto comprendono solo il personale dipendente e non includono gli operatori legati alle Aziende Sanitarie da altra tipologia di rapporto di lavoro. L'annoverare anche queste tipologie di prestatori di lavoro potrebbe cambiare il risultato espresso dall'indicatore. In secondo luogo il numeratore e il denominatore sono espressi in termini quantitativi e non in valore monetario per cui offre una indicazione di massima dell'incidenza della componente più significativa dei costi amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello medio nazionale (11,82%).

### Descrizione dei risultati

In media, circa l'11,82% dei dipendenti delle ASL e AO italiane ricopre il ruolo amministrativo con una variabilità che oscilla da un minimo di 9,22% in Molise ad un massimo di 15,51% in Valle d'Aosta, con una differenza di 6,29 punti percentuali (tabella 1). Il confronto con i dati del 2003 evidenzia una crescita del peso medio nazionale dei dipendenti con competenze amministrati-

È calcolato su due livelli territoriali, nazionale e regionale, e come rapporto fra le unità fisiche effettive di addetti ai servizi amministrativi con rapporto di lavoro dipendente sul totale delle unità fisiche effettive degli operatori del SSN. L'aggettivo effettive indica il personale in servizio, cioè che non è in congedo straordinario, aspettativa o comando presso altro ente.

ve che era pari al 10,80% (Rapporto Osservasalute 2003, pag. 113), determinata da valori regionali sempre superiori rispetto a quelli passati ad eccezione del dato dell'Umbria (grafico 1).

Non esiste un gradiente Nord-Sud e osservando i dati per aree geografiche emerge che il Nord-Ovest ha valori più elevati con 13,01% seguito dal Sud con 12,15%, dal Centro con 11,20%, dalle Isole con 11,05% e infine dal Nord-Est con 10,98%.

Il rapporto numero di dipendenti amministrativi e numero di operatori del SSN appartenenti agli altri ruoli è piuttosto omogeneo nelle diverse aree italiane e pari a 1 a 7 nel Nord-Ovest e Sud, e 1 a 8 nel resto d'Italia.

L'incidenza del personale amministrativo è maggiore nelle ASL rispetto alle AO sia a livello nazionale (13,18% versus 9,15%), sia a livello di aree geografiche (Nord-Ovest 17,57% rispetto a 10,07%, Nord-Est 11,58% versus 8,84%, Centro 12,27% rispetto a 8,17%, Sud 13,04% versus 8,51% e Isole 12,81% contro 7,56%).

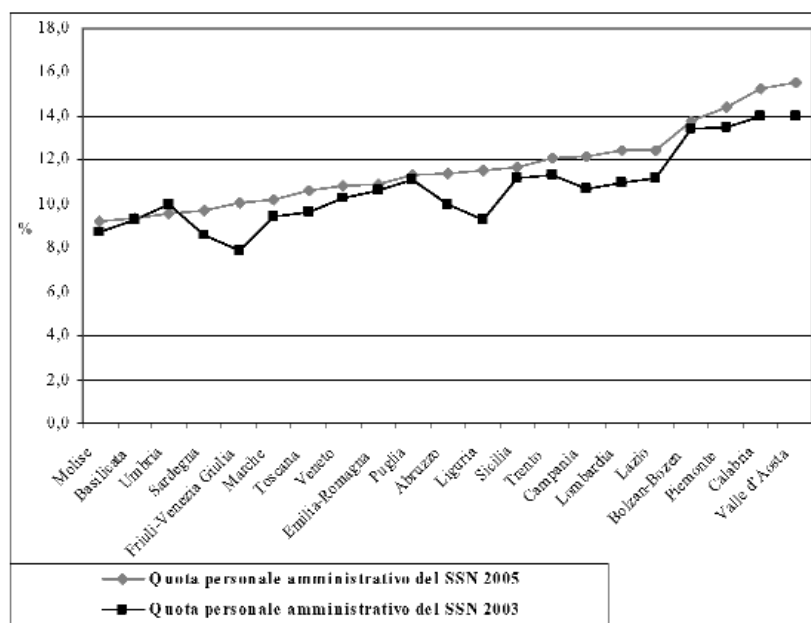
L'incrocio dei dati regionali con la relativa popolazione da servire non palesa alcuna relazione tra la numerosità dei dipendenti amministrativi con quella dei residenti con la conseguenza che non vi è evidenza né di rendimenti di scala crescenti, che sarebbero presenti laddove ad un aumento della popolazione a cui devono essere erogate le prestazioni seguisse un aumento meno che proporzionale del personale amministrativo impiegato, né di rendimenti di scala decrescenti che si manifesterebbero qualora ad un aumento della popolazione conseguisse un incremento più che proporzionale del numero di amministrativi.

Neppure la struttura della popolazione o il mix pubblico-privato di erogatori presente sul territorio regionale o ancora l'organizzazione interna delle ASL caratterizzata dal numero di distretti e di presidi ospedalieri, sembra avere rilevanza per il valore dell'indicatore a livello regionale.

**Tabella 1** - Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anno 2005

Regioni	Amministrativo	Totale	%
Piemonte	8.056	55.848	14,42
Valle d'Aosta	293	1.889	15,51
Lombardia	11.479	92.251	12,44
Bolzano-Bozen	1.090	7.916	13,77
Trento	847	7.011	12,08
Veneto	6.186	57.232	10,81
Friuli-Venezia Giulia	1.625	16.125	10,08
Liguria	2.496	21.621	11,54
Emilia-Romagna	5.887	54.110	10,88
Toscana	5.066	47.636	10,63
Umbria	1.031	10.776	9,57
Marche	1.804	17.701	10,19
Lazio	6.249	50.176	12,45
Abruzzo	1.750	15.326	11,42
Molise	362	3.925	9,22
Campania	6.662	54.842	12,15
Puglia	3.958	35.052	11,29
Basilicata	609	6.516	9,35
Calabria	3.486	22.846	15,26
Sicilia	5.598	48.016	11,66
Sardegna	2.021	20.904	9,67
<b>Italia</b>	<b>76.555</b>	<b>647.719</b>	<b>11,82</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

**Grafico 1** - Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anni 2003, 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La situazione nazionale mostra una elevata variabilità dell'indicatore con un incremento rispetto ai valori registrati nel passato e con regioni che presentano una quota di personale amministrativo superiore alla media nazionale. La determinazione del numero di personale amministrativo dovrebbe essere il frutto di una dettagliata analisi del fabbisogno misurato in base alla tipologia e volume di attività da espletare e il risultato di una valutazione sulla convenienza economica a continuare a

svolgere internamente alle Aziende Sanitarie le attività o affidarle a aziende esterne. Inoltre attraverso la *reengineering* dei processi di lavoro, un migliore utilizzo degli strumenti informatici ed una ottimizzazione dei flussi informativi si potrebbe ipotizzare un impiego più efficiente della risorsa lavoro. Se le aziende compissero tali azioni potrebbero migliorare il valore del proprio indicatore e, quelle che si collocano sopra la media nazionale, potrebbero ridurre la quota di personale amministrativo e allinearsi ai valori medi nazionali.

## Quote di mercato

**Significato.** L'assistenza ospedaliera rappresenta, in Italia, il fulcro dell'assistenza sanitaria e viene erogata da strutture che si differenziano per la loro natura giuridica (strutture pubbliche ovvero presidio di ASL, AO, AOU, IRCCS, vs istituti di cura privati accreditati, a loro volta suddivisi in "appartenenti all'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS)", "appartenenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)", "di ispirazione cattolica", "non di ispirazione cattolica"), ma anche per la tipologia di assistenza erogata.

Negli ultimi anni i pazienti hanno acquisito la possibilità di scegliere liberamente le strutture che meglio rispondono alle proprie esigenze.

Queste caratteristiche dell'offerta e della domanda hanno contribuito a rendere il funzionamento del settore sanitario simile a quello dei settori industriali tradizionali, nei quali si assume che i consumatori siano liberi di scegliere il proprio fornitore e il fornitore sia libero di scegliere quali prodotti offrire. In particolare:

- la classificazione delle prestazioni sanitarie per Maggiori Categorie di Diagnosi (Mdc) identifica 25 differenti mercati (o settori). All'interno di ogni mercato, le prestazioni sanitarie riferite ad ogni DRG incluso in quel mercato costituiscono un sotto-mercato;

- all'interno di ogni mercato (o sotto-mercato) le strutture sanitarie operano come imprese;

- il numero delle prestazioni erogate, che è strettamente legato al numero di dimessi, moltiplicato per le tariffe corrispondenti, rappresenta il fatturato dell'impresa;

- la quota di mercato di ogni struttura sanitaria è identificata dal fatturato ottenuto da quella struttura rispetto al fatturato totale ottenuto in quel mercato. Il fatturato è stato stimato applicando le tariffe DRG (versione 10) del Ministero della Salute.

L'obiettivo dell'indicatore è di mostrare, per ciascuna tipologia di struttura di ricovero per acuti (tabella 1), l'evoluzione tra il 2001 e il 2004.

### *Dimissioni ospedaliere e relativa quota di mercato*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimessi per istituto}}{\text{Dimessi di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

### *Fatturato e relativa quota di mercato*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Fatturato per istituto}}{\text{Fatturato di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

**Tabella 1 - Classificazione delle strutture di ricovero per acuti**

Classificazione SDO	Classificazione OSSERVASALUTE
Azienda ospedaliera	AO
Ospedale a gestione diretta	Presidio ASL
Istituto non classificato presidio della USL	Presidio ASL
Ente di ricerca	Presidio ASL
Clinica o policlinico universitario	AOU (ad eccezione del Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambin Gesù inclusi in "Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica")
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCCS pubblici; Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS
Ospedale classificato o assimilato	Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica
Casa di cura privata	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS Istituto di cura privato accreditato altro - di ispirazione cattolica Istituto di cura privato accreditato altro - non di ispirazione cattolica

Infatti, attraverso l'analisi congiunta di questi dati si può tentare di capire a livello globale, ma anche a livello di pubblico-privato o addirittura di singola categoria di strutture, sia come sta mutando la domanda di prestazioni sanitarie per acuti (intesa come numero di dimissioni), sia come sta evolvendo lo scenario economico delle strutture sanitarie (in termini di fatturato annuo).

**Validità e limiti.** L'indicatore è rappresentativo della situazione nazionale negli anni 2001-2004 poiché è stato costruito sulla base dei dati presenti nei seguenti database:

- elenco Ministero della Salute strutture pubbliche e

private accreditate aggiornato al 2004;

- elenco strutture AIOP - versione online del giugno 2007: su 538 strutture presenti nell'elenco AIOP ne sono state rinvenute 462 nell'elenco ministeriale;

- elenco strutture ARIS aggiornato al 2006: su 241 strutture presenti nell'elenco ARIS, 87 svolgono attività per acuti essendo presenti nell'elenco ministeriale; - 6 strutture sono risultate iscritte sia all'AIOP sia all'ARIS;

- database Ministero della Salute: dati SDO 2001-2002-2003-2004.

Il focus dell'analisi verte sulle strutture di degenza per acuti, poiché sono quelle che, sulla base dei database utilizzati, presentano i dati più consistenti (tabella 2).

**Tabella 2 - Strutture per acuti (valori assoluti) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004
AO	72	73	70	159
AOU	11	11	11	10
Presidio di ASL	622	612	608	452
IRCSS pubblici	23	24	23	23
Istituto di cura privato accreditato AIOP	373	378	374	384
Istituto di cura privato accreditato ARIS	64	64	64	65
Istituto di cura privato accreditato - altro - di ispirazione cattolica	12	12	12	12
Istituto di cura privato accreditato - altro - non di ispirazione cattolica	85	93	89	86
<b>Totale strutture per acuti</b>	<b>1.262</b>	<b>1.267</b>	<b>1.251</b>	<b>1.191</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Elenco strutture AIOP e ARIS. Anno 2007.

### Descrizione dei risultati

I risultati sul numero di dimessi (tabella 3) e le relative quote di mercato calcolate sul numero totale di dimessi, da tutte le strutture per acuti (grafico 1), mostrano che nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto una riduzione sia del numero di dimessi (-2,8%) sia della relativa quota di mercato (2,0%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi rispettivamente del 10% e del 2,0%.

In particolare:

- i presidi ASL sono ogni anno quelli con il maggior numero di dimessi, ma anche quelli che hanno fatto registrare il più marcato trend decrescente nel periodo 2001-2004 (-23%), con una riduzione del 12% della quota di mercato per dimessi;

- le AO hanno visto incrementare sia il numero di dimessi (+43%) che le relative quote di mercato (9,7%). In particolare tali incrementi si sono verificati tra il 2003 e il 2004;

- gli istituti di cura ARIS hanno aumentato il numero di dimessi (+4%), mantenendo pressoché costante la relativa quota di mercato;

- gli istituti di cura AIOP hanno avuto un trend più positivo dell'ARIS. Il numero dei dimessi è aumenta-

to del 14%, con un aumento delle quote di mercato dell'1,4%;

- gli altri istituti di cura di ispirazione cattolica hanno mantenuto le quote di mercato pressoché immutate aumentando comunque il numero di dimessi del 10%. Analoghe considerazioni valgono a livello di fatturato (tabella 4 e grafico 2). Nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto nel periodo di riferimento un incremento del fatturato (1,8%), ma hanno perso quote di mercato (-1,7%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi sia nel fatturato (+13,6%) sia nelle quote di mercato (1,7%).

In particolare:

- per i Presidi ASL il fatturato si è ridotto del 20% e la quota di mercato del 12%; in particolare tale decremento si è verificato tra il 2003 e il 2004;

- le AO hanno visto incrementare sia il loro fatturato (+47%) sia la relativa quota di mercato (+9,9%);

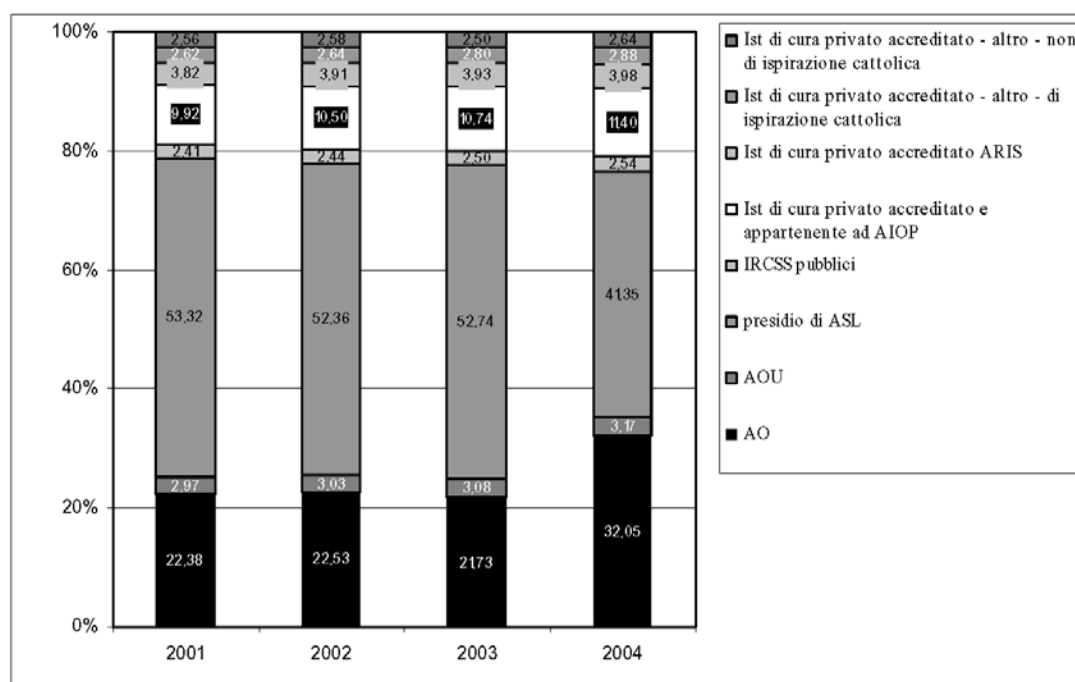
- sia gli istituti di cura ARIS che quelli AIOP hanno aumentato il fatturato (rispettivamente +6% e +19%) mantenendo però costanti le relative quote di mercato;

- gli altri istituti di cura accreditati hanno entrambi aumentato il fatturato del 9% mantenendo costanti le loro relative quote di mercato.

**Tabella 3 - Dimessi per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004	
					N	%
AO	2.730.351	2.744.354	2.611.130	3.896.494	1.166.143	43
AOU	362.330	369.615	369.641	385.156	22.826	6
Presidio di ASL	6.505.276	6.378.164	6.337.579	5.026.666	-1.478.610	-23
IRCSS pubblici	294.079	297.303	300.201	308.587	14.508	5
Privato accreditato AIOP	1.210.846	1.279.591	1.291.154	1.385.995	175.149	14
Privato accreditato ARIS	466.664	476.840	471.783	483.644	16.980	4
Privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	319.180	321.183	336.354	349.581	30.401	10
Privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	312.524	314.870	299.846	320.615	8.091	3
<b>Totale dimessi per acuti</b>	<b>12.201.250</b>	<b>12.181.920</b>	<b>12.017.688</b>	<b>12.156.738</b>	<b>-44.512</b>	<b>0</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

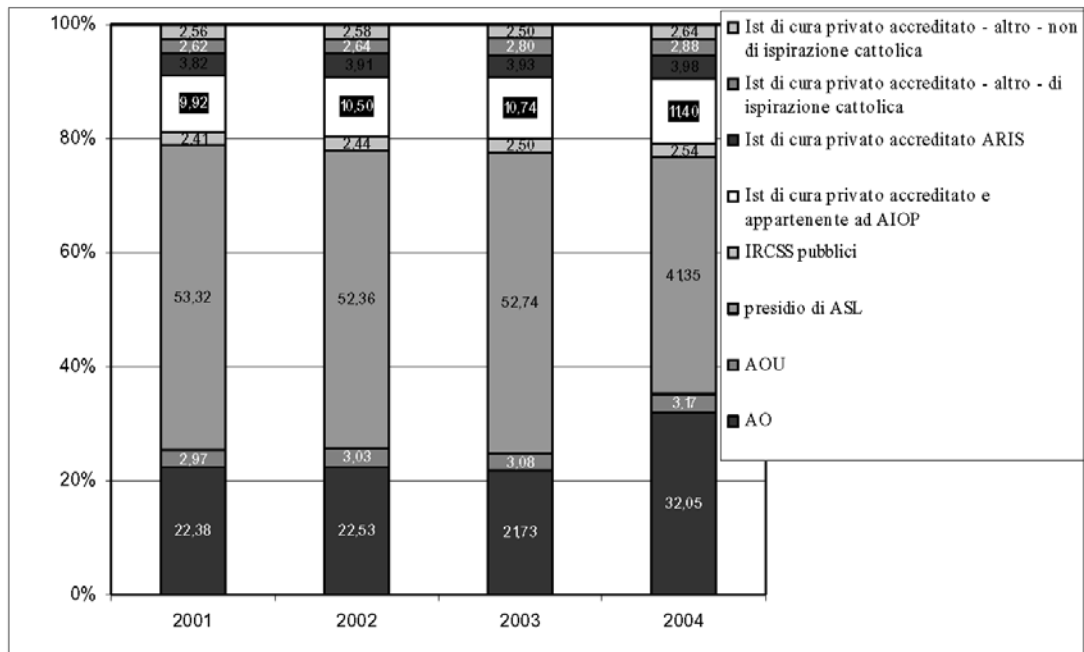
**Grafico 1 - Evoluzione delle quote di mercato relative al numero di dimessi per tipologia di struttura - Anni 2001-2004**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

**Tabella 4 - Fatturato (in €) per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004**

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004	
					N	%
AO	8.046.185.525	8.225.903.310	7.972.726.252	11.849.254.499	3.803.068.974	47
AOU	1.003.929.667	1.021.542.519	1.031.673.910	1.085.288.548	81.358.881	8
Presidio di ASL	17.318.970.840	17.267.001.957	17.434.795.084	13.847.462.675	-3.471.508.165	-20
IRCSS pubblici	906.817.688	930.571.229	955.238.107	983.806.843	76.989.155	8
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad AIOP	3.273.713.966	3.521.859.562	3.615.922.547	3.901.234.577	627.520.611	19
Ist di cura privato accreditato ARIS	1.270.996.292	1.316.890.634	1.309.972.368	1.348.177.953	77.181.661	6
Ist di cura privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	917.526.200	931.972.944	969.767.540	1.004.285.501	86.759.301	9
Ist di cura privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	891.228.318	914.726.855	890.062.678	964.634.346	73.406.028	8
<b>Totale fatturato per acuti</b>	<b>33.629.368.496</b>	<b>34.130.469.009</b>	<b>34.180.158.486</b>	<b>34.984.144.943</b>	<b>1.354.776.447</b>	<b>4</b>

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

**Grafico 2 - Evoluzione delle quote di mercato relative al fatturato per tipologia di struttura - Anni 2001-2004**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.



## Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

**Significato.** I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il primo fondamentale anello della rete assistenziale.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Infatti, con il DPR 270 del 28 Luglio 2000 (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari. In partico-

lare, tale documento normativo, pur lasciando libertà alle regioni nell'organizzazione delle cure primarie e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative, distingue tre forme associative per la medicina generale: *la medicina in associazione, la medicina di gruppo e la medicina in rete*.

L'indicatore mostra come le regioni hanno recepito l'art. 40 del DPR 270/2000 sui modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie, e consente di poter osservare le differenze tra i diversi territori regionali. L'attenzione è posta, in modo particolare, sulla distribuzione dei MMG nelle tre tipologie associative menzionate.

### Percentuale di MMG in associazione nelle tre forme previste dal DPR 270/2000

Numeratore	MMG in associazione
Denominatore	Totale MMG

**Validità e limiti.** L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG.

L'indicatore permette di sintetizzare alcune caratteristiche organizzative della medicina generale e in particolare permette di analizzare il livello di adesione nelle singole regioni al disposto del DPR 270/2000 e la distribuzione dei MMG (escludendo i PLS) sul territorio regionale.

I dati sono stati rilevati attraverso l'invio di una richiesta scritta seguita da un contatto telefonico ai funzionari responsabili della medicina generale nelle singole regioni. La rilevazione è stata effettuata tra maggio e settembre 2007. Nell'impossibilità di reperire i dati attraverso questo processo, per quattro regioni è stato riportato il dato raccolto dal Ministero della Salute nel 2004.

È opportuno ricordare, però, che sul territorio sono presenti altre forme di medicina associata che si caratterizzano per elevati livelli di complessità organizzativa ed istituzionale (es. cooperative, UTAP, ecc.), che non sono prese in considerazione in quanto difficilmente sintetizzabili sotto forma di indicatore e per le quali, soprattutto, non esiste alcun flusso informativo sistematico che ne rilevi la presenza.

L'indicatore da noi utilizzato, inoltre, non consente di misurare il grado di integrazione dei MMG all'interno delle attività del Distretto, delle Aziende Sanitarie e tra le Aziende Sanitarie, e di conoscere, per ciascuna regione, la quantità di offerta dei servizi erogata dalla medicina generale organizzata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le tre forme di associazionismo dei MMG per l'erogazione delle cure primarie individuate all'art. 40 del DPR 270/2000 presentano delle caratteristiche comuni:

- devono formarsi su base volontaria e consensuale tra i MMG partecipanti;
- i medici devono appartenere tutti allo stesso ambito territoriale di scelta;
- un medico non può aderire a più forme associative;
- ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- il numero minimo di partecipanti è di tre; gli orari degli studi devono essere coordinati in modo da poter garantire una disponibilità di almeno sei ore giornaliere;
- deve essere eletto un delegato che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale;
- devono essere previsti incontri periodici fra i partecipanti per la verifica degli obiettivi raggiunti e della coerenza degli stessi con la programmazione distrettuale.

Fermo restando questi elementi di raccordo, ciascuno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie ha delle proprie caratteristiche che lo distinguono dagli altri (tabella 1).

Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi che differiscono soprattutto in termini di accessibilità e ampiezza della gamma di prestazioni. Si può ritenere che il servizio "migliore", sotto questo profilo, sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) e, infine, dalla medicina associata "semplice".

**Tabella 1 - Forme di associazionismo medico**

Modelli organizzativi	Caratteristiche
<b>Medicina in associazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.</li> </ul>
<b>Medicina di gruppo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;</li> <li>-presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;</li> <li>-numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>-utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;</li> <li>-utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.</li> </ul>
<b>Medicina in rete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;</li> <li>-gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione dati su DPR 270/2000. Anno 2007.

### **Descrizione dei risultati**

Le indicazioni dell'ACN del 2000 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Tuttavia, le diverse forme di associazione (tabella 2) hanno diffusione disomogenea.

Un primo dato di carattere generale che certamente emerge è la prevalenza di MMG che non aderiscono formalmente a nessuna delle forme di associazione previste dalla normativa (41%). Questa percentuale, però, comprende sia i MMG non associati che quelli che operano in forme associative alternative (vedi *équipes* o UTAP) che comunque sembrerebbero ancora poco diffuse sul territorio nazionale.

L'associazionismo "semplice" è la forma più diffusa tra quelle previste e interessa il 27% dei MMG con importanti differenze regionali: la Basilicata ha ben il 55% dei MMG in Associazione semplice, mentre l'Emilia-Romagna l'11%. La medicina di gruppo è la seconda forma associativa a livello nazionale con il

20% dei Medici di Medicina Generale; questo modello è molto diffuso in Umbria (35%) e molto poco in Sicilia (4%). Infine, l'associazione in rete sembra ancora poco diffusa nel nostro paese, con un totale di 13% dei medici in Italia, con il massimo in Campania (36%) e il minimo in Veneto (2%); in alcune regioni e PA (Piemonte, Valle d'Aosta e PA di Bolzano) la forma di associazione in rete non è prevista a livello regionale.

Considerando le forme più complesse di associazionismo tra quelle previste dalla normativa (rete e gruppo), è interessante osservare che l'Emilia-Romagna ha il 60% dei MMG che operano nell'ambito di tali forme, seguita dalla Campania con il 50%, dalla Liguria con il 47% e dall'Abruzzo con il 45%.

In modo generale, le diversità riscontrate tra le diverse regioni possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. Infatti, la medicina in rete, ad esempio, prevede la condivisione

di una rete informatica in grado di permettere lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona diffusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è invece l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

È interessante rilevare come il fenomeno dell'associazione sia in grande movimento anche nella ricerca di nuove forme organizzative. Il nuovo ACN del marzo 2005 riconferma i principi di quello precedente e aggiunge una nuova forma più articolata di lavoro in équipe denominata Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), definita come "strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone". Pertanto, ad oggi, l'articolazione dell'offerta comprende, oltre che alle forme precedenti, anche le *équipes* territoriali e le UTAP.

Tra le realtà all'avanguardia nell'organizzazione delle cure primarie mediante *équipes* territoriali, l'Umbria ha realizzato una vera e propria conversione della rete<sup>1</sup>. "L'*équipe* territoriale è: a) strumento attuativo della programmazione sanitaria; b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale" (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni).

I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle *équipes* territoriali sono:

- produzione di valutazioni multidimensionali selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno;
- integrazione socio-sanitaria;

- realizzazione di programmi di lavoro: a) finalizzati all'erogazione dei LEA o specifici programmi e progetti assistenziali; b) proposti dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto; c) concordati tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;

- realizzazione delle attività previste dal "Programma delle attività territoriali" nell'ambito del Distretto di competenza;

- coinvolgimento di professionisti per garantire l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento;

- garanzia della continuità assistenziale per la *long-term care*;

- ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali.

In relazione alle UTAP, invece, il panorama del SSN offre limitatissime esperienze. Tra queste forse la più evoluta è quella di Zugliano (Veneto)<sup>2</sup>. Le UTAP sono definite come "*presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (Medici di Medicina Generale; Medici di Continuità Assistenziale; Pediatri di Libera Scelta; Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione*" (Conferenza Stato-Regioni del 29 luglio 2004). I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle UTAP, sono:

- legame stretto con il distretto sanitario di riferimento, le strutture ivi presenti, l'ospedale e il responsabile di territorio presso l'ASL;

- riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati;

- riequilibrio ospedale-territorio utile ad una redistribuzione delle risorse;

- coordinamento funzionale tra MMG, PLS e MCA;

- valutazione multidisciplinare della casistica e realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati e integrati;

- integrazione socio-sanitaria;

- rappresentare il punto di riferimento territoriale attraverso l'intercettazione della domanda;

- realizzazione di reti telematiche e informatizzate per la condivisione dei dati.

<sup>1</sup>C. Romagnoli, P. Bellini; "Clinical Governance ed Equipe territoriali in Umbria"; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 - 2005; ASSR, Roma; pagg. 138-144.

<sup>2</sup>R. Leonardi; Comune di Zugliano, Provincia di Vicenza; dicembre 2005. M.C. Ghiotto, C. Pertile, P. Cassiano, M. Saugo, R. Grasselli, P. Salvadori, M. Zenari, S. Caffi; "Le UTAP quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione".

**Tabella 2** - MMG in Associazione nelle tre forme previste (valore assoluto e percentuale) per regione

Regioni	MMG Associazione Semplice		MMG Associazione di Gruppo		MMG Associazione in Rete		MMG Altro		MMG
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piemonte	1.640	47	618	18	0	0	1.217	35	3.475
Valle d'Aosta	23	23	11	11	0	0	64	65	98
Lombardia	1.812	27	1.274	20	1.466	22	2.084	31	6.636
<i>Bolzano-Bozen</i>	0	0	58	23	0	0	195	77	253
<i>Trento</i>	56	14	95	23	70	17	177	44	398
Veneto	1.922	54	599	17	84	2	939	26	3.544
Friuli-Venezia Giulia	313	31	39	4	74	7	596	58	1.022
Liguria	348	25	478	34	188	13	399	28	1.413
Emilia-Romagna	358	11	835	26	1.104	34	973	30	3.270
Toscana	1.049	34	1.042	34	71	2	930	30	3.092
Umbria	240	31	271	35	35	5	220	29	766
Marche	492	38	424	33	112	9	253	20	1.281
Lazio	794	16	1.624	33	835	17	1.663	34	4.916
Abruzzo	229	21	219	20	279	25	384	35	1.111
Molise	131	47	14	5	17	6	117	42	279
Campania	804	18	656	14	1.657	36	1.469	32	4.586
Puglia	718	19	441	12	284	8	2.257	61	3.700
Basilicata	287	55	73	14	62	12	96	19	518
Calabria	679	43	192	12	69	4	632	40	1.572
Sicilia	820	21	177	4	497	13	2.475	62	3.969
Sardegna	605	43	222	16	76	5	503	36	1406
<b>Italia</b>	<b>10.137</b>	<b>27</b>	<b>7.404</b>	<b>20</b>	<b>4.681</b>	<b>13</b>	<b>15.222</b>	<b>41</b>	<b>37.444</b>

**Riferimenti bibliografici**

(1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 26.

(2) C. Cicioni, P. Giorgi, D. Seppoloni; "equipe territoriali e UTAP"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <<il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>>; P@aginae Edizioni, Lecce; i edizione, 2006.

(3) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed

integrazioni; art. 54.

(4) V. Gigantelli; "Le UTAP: una risorsa o un vincolo per il distretto?"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <Il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>>; P@aginae Edizioni, Lecce; I Edizione, 2006.

(5) L. Covolo; "Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)"; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 - 2005; ASSR, Roma; [pagg. 124-127].

(6) Ministero della Salute; Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP".

## L'aziendalizzazione della sanità nei Rapporti OASI 2006 e 2007

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Elena Cantù

### Contesto

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI) è lo strumento con cui, dal 1998, il Cergas-Bocconi realizza un monitoraggio costante del processo di aziendalizzazione della sanità italiana secondo l'impostazione propria dell'economia aziendale<sup>1</sup>. I risultati delle attività di ricerca di OASI vengono divulgati principalmente attraverso la pubblicazione di un Rapporto Annuale. In ogni Rapporto, alcuni capitoli sviluppano *ex novo* temi di particolare interesse e attualità; altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già analizzati in precedenti Rapporti. Finora sono stati pubblicati sette Rapporti Annuali (dal 2000 al 2006); l'ottavo (Rapporto 2007) è in corso di pubblicazione. Questo approfondimento riassume i principali risultati del Rapporto 2006, integrandoli con alcune anticipazioni del Rapporto 2007. I Rapporti sono comunque disponibili sul sito [www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it).

### Metodi

Il Rapporto OASI è tipicamente articolato in cinque sezioni, ciascuna composta da più capitoli. La prima sezione («Quadro di riferimento») presenta un complesso di indicatori relativi alla struttura, alle risorse e alle attività del Servizio Sanitario Nazionale e dei singoli Servizi Sanitari Regionali. La seconda («Sistemi Sanitari Regionali») analizza le principali politiche regionali. Le altre tre («Assetti istituzionali e combinazioni economiche»; «Organizzazione»; «Rilevazione») approfondiscono l'adozione di logiche e strumenti manageriali da parte delle Aziende Sanitarie.

Gli strumenti di ricerca utilizzati variano da capitolo a capitolo e tipicamente comprendono l'analisi documentale, gli studi di casi singoli e comparati, la sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, le *survey* mediante questionari e interviste a diversi soggetti regionali e aziendali.

Un contributo particolarmente importante nell'identificazione dei temi, nello svolgimento delle ricerche e nell'interpretazione dei risultati è garantito dal *Network OASI*, composto da circa 400 persone con posizioni di responsabilità nelle regioni e nelle aziende.

### Risultati

Complessivamente, gli ultimi Rapporti OASI confermano le caratteristiche e le tendenze di fondo illustrate l'anno scorso, ma evidenziano anche alcuni nuovi elementi significativi. Di seguito si illustrano i punti principali.

#### *Permanente dinamicità del sistema*

Il SSN mostra un elevato tasso di innovazione manageriale, con una continua ricerca e sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali. La dinamicità, peraltro, emerge con grande evidenza già dall'evoluzione dei dati di struttura e di attività nell'ultimo decennio: si pensi, per esempio, al numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate; ai posti letto per degenza ordinaria e Day Hospital; al numero di strutture residenziali e semiresidenziali; alle giornate di degenza; al rapporto tra ricoveri in degenza ordinaria e Day Hospital; al peso medio dei ricoveri ordinari.

#### *Ricerca dell'equilibrio economico-finanziario*

Nel sistema resta centrale la preoccupazione per l'equilibrio economico-finanziario. Si conferma così il paradosso della politica sanitaria italiana, che è dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non tanto per l'entità della spesa stessa, che anzi è inferiore a quella di molti altri paesi, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica. Il Rapporto 2006, in particolare, segnala da un lato l'ampiezza dei disavanzi 2005 nonché la revisione in aumento di quelli pregressi, dall'altro le difficoltà di decollo del federalismo fiscale con le resistenze regionali all'aumento delle aliquote tributarie e il parziale ripiano dei disavanzi da parte dello Stato. Il Rapporto 2007 rileva come la centralità della questione economico-finanziaria sia stata ulteriormente enfatizzata, negli ultimi mesi, dai processi di predisposizione dei «piani di rientro» regionali.

#### *Ingegneria istituzionale*

A partire dal 2002 si sono ininterrottamente susseguiti numerosi interventi di «ingegneria istituzionale» in una triplice accezione (tabella 1): accorpamenti e scorpori di ASL e AO; introduzione di nuovi soggetti giuridici

<sup>1</sup> Per una breve illustrazione delle specificità e delle implicazioni dell'approccio aziendale, si veda l'analogo approfondimento contenuto nel Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 283-289.

(aziende ospedaliere universitarie, fondazioni, società della salute, enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, consorzi, società miste pubblico-privato); interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di «area vasta»). Innovazioni di natura istituzionale si rilevano anche all'interno delle aziende, per esempio con l'introduzione o il rafforzamento dei comitati di direzione e con la qualificazione del distretto quale articolazione del governo aziendale. Queste iniziative hanno diverse motivazioni: una visione delle riforme istituzionali come risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento; l'esigenza di integrare l'attività di aziende progressivamente specializzatesi; la ricerca di economie di scala; la volontà di rafforzare il ruolo di soggetti diversi dalla regione e principalmente degli enti locali e dei professionisti. Quest'ultimo punto, a sua volta, può trovare spiegazione, da un lato, nello spostamento dell'asse dei bisogni e dei servizi verso aree, quali cronicità e domiciliarietà, che trovano nei contesti locali e nel collegamento con una complessa rete di servizi (anche non sanitari) la migliore forma di risposta; dall'altro, in alcune tendenze strutturali che hanno ulteriormente rafforzato il ruolo dei professionisti o che comunque richiedono una più stretta alleanza tra professionisti e azienda.

**Tabella 1** - Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Fusione per incorporazione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti. Il nuovo assetto del SSR piemontese prevede quindi 13 ASL (2006). Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2004).	Trasformazione in AO integrate con l'Università della AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e della AO San Luigi di Orbassano	Costituzione di quattro aree di coordinamento sovrazonale («Quadranti» o «Subaree») con compiti gestionali interaziendali, al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività. Attivazione di una Convenzione ex art. 15 L. 241/90 con funzioni di acquisto di beni e servizi sanitari e non, stoccaggio e movimentazione / logistica dei materiali.
Lombardia	Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2002). Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (2003).	Trasformazione in fondazione degli IRCCS: Policlinico (Milano), San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale Tumori (Milano), Besta (Milano). Trasformazione in AO integrate con l'università delle AO Spedali Civili di Brescia, Fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza. Costituzione delle Fondazioni di partecipazione: «San Pellegrino» per la gestione del presidio ospedaliero di Castiglione delle Stiviere; «Montecchi» per la gestione del presidio ospedaliero di Suzzara.	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio.
Bolzano-Bozen	Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (2007).		
Trento		Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico.	
Veneto		Trasformazione in AO integrate con l'Università dell'AO di Padova e dell'AO di Verona.	Istituzione di 5 «Aree Vaste» per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi.

**Tabella 1** - (segue) *Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007*

<b>Regioni</b>	<b>Accorpamenti e scorpori di ASL e AO</b>	<b>Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche</b>	<b>Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende</b>
Friuli-Venezia Giulia		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi - CSC). Accorpamento dell'AOU di Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda in AO integrata con l'Università.	Istituzione di tre «Conferenze di area vasta», quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle ASL, alle AO, alle case di cura private accreditate, all'IRCCS e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area.
Liguria		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO San Martino.	Istituzione di 3 «Aree Ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
Emilia-Romagna	Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna (2003).	Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma.	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
Toscana		Istituzione di tre «Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV) - Nord-Ovest, Centro, Sud-Est. Avvio di 18 Società della Salute. Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Careggi, Pisana, Senese e Meyer.	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci.
Umbria		Istituzione di un consorzio tra le Aziende Sanitarie per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative. Il consorzio si occuperà di gestione integrata di funzioni tecnico amministrative in materia di Sanità Pubblica.	
Marche	Creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (2003). Fusione per incorporazione nell'AO Umberto I di altre due AO (2003).		Creazione di cinque «Aree Vaste» per l'accantonamento dei servizi logistici e amministrativi.
Lazio		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO S. Andrea di Roma.	
Molise	Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (2005).		

**Tabella 1** - (segue) *Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007*

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Campania		Trasformazione in AO universitarie integrate con il SSN dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli. Trasformazione in Fondazione dell'IRCCS Pascale. Trasformazione in AO integrata con l'università dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.	
Puglia	Soppressione di 4 AO con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL (2002). Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1, che diviene ASL BAT (Barletta-Andria-Trani) (2006). Fusione per incorporazione in 3 nuove ASL di 9 delle 12 ASL esistenti. Il nuovo assetto del SSR pugliese prevede quindi 6 ASL (2006).	Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari. Ipotesi di trasformazione in Fondazioni degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA).	
Calabria	Fusione per incorporazione in 3 nuove ASL di 9 delle 11 ASL esistenti (2006). A regime, il nuovo assetto del SSR calabrese comprenderà quindi 5 ASL (il processo non si è ancora concluso e le ASL sono attualmente 6).	Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO Mater Domini.	
Sicilia		Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN.	
Sardegna			Ipotesi di costituzione di conferenze provinciali.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** OASI. Anni 2006, 2007.

### Regionalizzazione

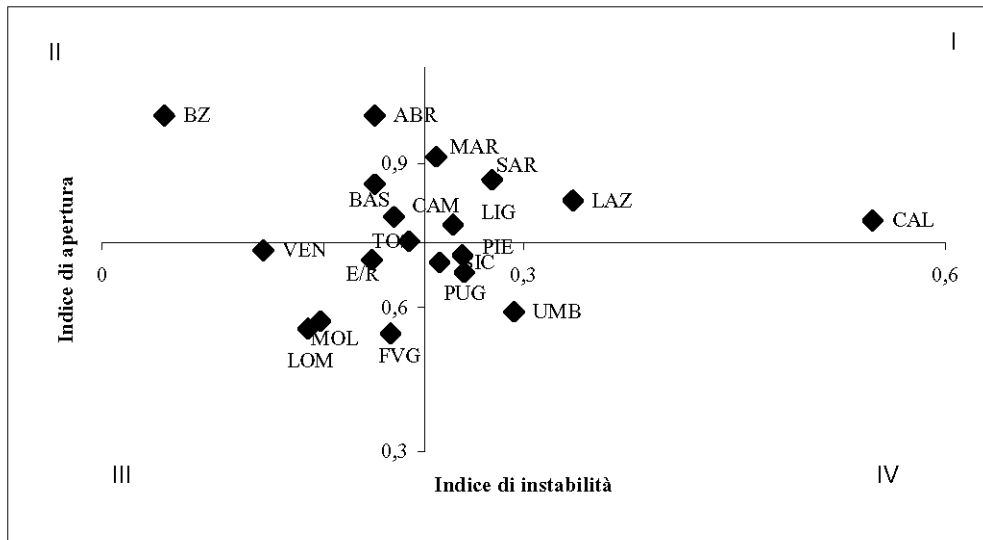
Il SSN manifesta caratteri sempre più spiccati di regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento a livello regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Nei Rapporti 2006 e 2007 la differenziazione interregionale emerge, per esempio, dalle modalità di copertura dei disavanzi; dai tassi di *turnover* dei direttori generali; dai sistemi di accreditamento in termini di tempistica della progettazione e dell'implementazione, di caratteristiche ed estensione del sistema, di effettiva entrata a regime; dal peso e dalle caratteristiche delle strutture private accreditate; dai sistemi di finanziamento delle aziende in termini di estensione del «quasi-mercato» e di investimenti sul sistema tariffario per renderlo un efficace strumento di guida dei comportamenti; dai modelli di *long-term care* per anziani non autosufficienti; dalle linee guida regionali su contabilità analitica e *risk management*; dalla frequenza e dalle modalità del ricorso alle «sperimentazioni gestionali»; dalle caratteristiche degli accordi integrativi regionali per la medicina generale; dall'incidenza della spesa farmaceutica e dalla determinazione della regione ad accompagnare con proprie iniziative le misure di contenimento nazionali; dai percorsi di sviluppo della centralizzazione degli acquisti e dai correlati assetti istituzionali e organizzativi. Il grafico 1 esemplifica il tema raffigurando la diversa propensione delle regioni a sostituire i DG (indice di instabilità) e ad assegnare i nuovi incarichi a persone esterne anziché a far ruotare i DG tra le diverse aziende (indice di apertura)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>L'indice di instabilità del sistema regionale è il rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la regione non ha mai cambiato alcun DG; se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha cambiato DG ogni anno. L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2007 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa regione.



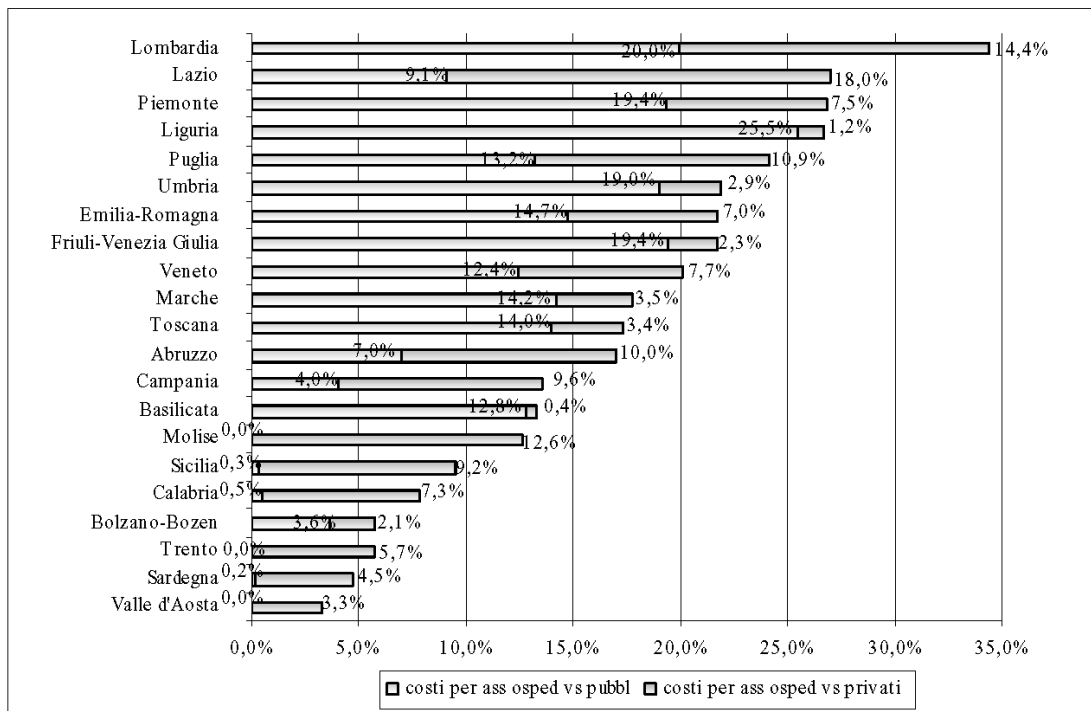
Il grafico 2 presenta invece, per ogni regione, l'incidenza (sul totale dei contributi dal Fondo Sanitario Regionale - FSR) dei costi sostenuti dalle ASL per remunerare le prestazioni ospedaliere erogate a propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: ciò evidenzia la diversa rilevanza che le regioni attribuiscono al meccanismo tariffario come sistema di riparto del FSR.

**Grafico 1 - Matrice di mobilità dei Direttori Generali. Posizionamento in base agli indici di instabilità e di apertura - Anni 1996-2007**



Fonte dei dati e anno di riferimento: OASI. Anno 2007.

**Grafico 2 - Incidenza sui contributi da FSR dei costi di mobilità passiva per assistenza ospedaliera verso strutture pubbliche e private - Anno 2005**



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni OASI su modelli CE. Anno 2007.

L'accentramento regionale, d'altra parte, si rileva per esempio dall'ampia diffusione, nei sistemi regionali di finanziamento, di tetti o target di volume o di spesa per prestazioni tariffate; dalla riappropriazione da parte della regione di alcune decisioni strategiche quali appunto la negoziazione dei tetti per le strutture private accreditate; dalle scelte di centralizzazione degli approvvigionamenti e di altre funzioni amministrative; dall'importanza attribuita, in molte Linee Guida regionali per la contabilità analitica, alla produzione di flussi informativi metodologicamente omogenei verso la regione; dalla citata creazione di ASL uniche regionali. Cominciano peraltro a manifestarsi fenomeni o comunque richieste di recupero di omogeneità a livello nazionale con riferimento, per esempio, alla normativa contabile, ai sistemi di accreditamento, ai sistemi tariffari. Paradossalmente, inoltre, l'accentramento regionale si rivela assente proprio in alcune situazioni dove sarebbe indispensabile. La finanza, per esempio, è una funzione tipicamente accentrata a livello di *corporate* o di *holding*; a maggior ragione ciò pare opportuno nella Sanità Pubblica, dove per evidenti ragioni storiche le competenze sono molto limitate; eppure nella maggior parte dei casi le aziende hanno proceduto in ordine sparso, senza un adeguato supporto regionale nella definizione delle strategie finanziarie e nella strutturazione delle operazioni.

#### *Differenziazione interaziendale e spazi di autonomia per le aziende*

Malgrado la regionalizzazione, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia. Ciò conferma come molte variabili chiave restino sotto il controllo delle singole aziende e come il loro efficace utilizzo continui a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Nei Rapporti 2006 e 2007, la differenziazione interaziendale, anche all'interno della stessa regione e anche in presenza di specifiche indicazioni regionali, emerge da tutti i capitoli che presentano l'adozione di strumenti manageriali da parte delle aziende: per esempio contenuti, destinatari e processi di elaborazione e comunicazione delle forme innovative di rendicontazione sociale; scelte, modalità di adozione e impatti dei sistemi ERP; modalità e conseguenze del ricorso al *project finance*; politiche retributive; caratteristiche degli «ospedali di insegnamento» in termini di sistemi di *governance*, assetti organizzativi, relazione tra attività di didattica, ricerca e assistenza. È chiaro però che, nel lungo periodo, l'effetto combinato di vincoli economico-finanziari, ingegneria istituzionale e accentramento regionale potrebbe minare significativamente l'autonomia aziendale.

#### *Diffusione e consolidamento dei sistemi gestionali*

Oltre all'elevato tasso di innovazione manageriale, va segnalato come molte aziende si stiano dimostrando sufficientemente mature da tornare sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace. In questo senso va, per esempio, la scelta di alcune aziende di individuare posizioni dedicate a garantire il necessario collegamento tra strategie e attività operative e quindi a superare l'inerzia organizzativa (tipico è il caso dell'affiancamento al direttore di dipartimento di un «responsabile dei servizi sanitari»).

#### *Ampliamento della gamma di strumenti manageriali*

La fase iniziale del processo di aziendalizzazione si era fisiologicamente focalizzata su pochi e precisi strumenti manageriali (in particolare i sistemi di programmazione e controllo), finendo però per sovraccargarli di finalità. Nel tempo le aziende hanno, quindi, ampliato il portafoglio degli strumenti, correlandoli a specifici fabbisogni di governo. Nei Rapporti 2006 e 2007 si trovano così riferimenti a *risk management*, *outsourcing*, *project finance*, sperimentazioni gestionali, revisione degli assetti tecnico-logistici delle strutture ospedaliere in base all'intensità di cura, protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e governo clinico, pianificazione e gestione strategica, politiche retributive, forme di lavoro atipiche, bilancio sociale, soluzioni informatiche orientate all'integrazione delle aree amministrativo-contabile e clinica.

#### *Impiego limitato o inappropriato degli strumenti*

In molti casi non vi è però ancora piena corrispondenza tra la presenza formale dei sistemi di gestione e la loro effettiva utilizzazione per migliorare le decisioni e le operazioni aziendali. Il problema, in altri termini, non è più tanto l'introduzione di strumenti manageriali nelle aziende, né la sensibilizzazione culturale agli obiettivi di efficacia ed efficienza, quanto la qualità dei sistemi stessi, la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con la loro adozione si vogliono raggiungere, quindi la loro effettiva capacità di incidere sui processi decisionali. I Rapporti 2006 e 2007 evidenziano questo limite, per esempio, con riferimento alla rendicontazione sociale (caratterizzata da un elevato rischio di isomorfismo) e alla pianificazione strategica (spesso debole nell'analisi del quadro di contesto e nelle politiche di implementazione). In una prospettiva parzialmente diversa, il Rapporto segnala inoltre le difficoltà che le Aziende Sanitarie pubbliche incontrano nell'impostazione equilibrata delle relazioni di *outsourcing* e di *project finance*.

### Conclusioni

In conclusione, il «modello aziendale» in sanità può dirsi ormai sufficientemente consolidato e così le singole aziende, malgrado l'instabilità prodotta dalle tensioni finanziarie, dagli interventi (avviati, decisi o anche solo ipotizzati) di ingegneria istituzionale, dalle tentazioni centralistiche di alcune regioni, dall'eccessivo *turnover* dei direttori generali (nel periodo 1996-2007 ogni DG è rimasto mediamente in carica in una data azienda per 3 anni e 8 mesi, con medie regionali < 3 anni per Lazio e Umbria e < 2 anni in Calabria; il 41% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende, per un massimo di 2 anni). Vi sono però alcuni temi critici che le aziende e i loro dirigenti dovranno saper affrontare.

Una prima criticità è la crescente *pluralità del sistema e permeabilità dei confini aziendali*, che si manifesta sotto almeno quattro profili: (i) molteplicità degli *stakeholder* che si vedono formalmente riconoscere, o che comunque richiedono, il diritto a incidere sulle scelte delle Aziende Sanitarie pubbliche, spesso peraltro senza doversi far carico delle conseguenze finanziarie; (ii) molteplicità dei soggetti che tramite le sperimentazioni gestionali, l'*outsourcing* e gli strumenti di finanza innovativa concorrono all'erogazione delle prestazioni di tali aziende; (iii) molteplicità dei meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento tra diverse ASL e AO; (iv) molteplicità degli altri soggetti pubblici e privati che forniscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito non solo dell'assistenza ospedaliera, ma anche e soprattutto di quella territoriale. In questa situazione, il direttore generale diventa sempre meno il «capo dell'azienda» e sempre più un «gestore di relazioni». Sorge quindi la necessità di adeguare le strutture e i meccanismi gestionali al mutato contesto.

Un secondo tema critico, strettamente collegato al primo, concerne l'opportunità di rivalutare criticamente le iniziative di *outsourcing* e *project finance*, che in molti casi non sembrano aver garantito appieno i benefici attesi, anche perché attuate senza un'attenta valutazione di costi, rischi, benefici e condizioni di successo per l'azienda pubblica. D'altra parte, va riconosciuto che tali iniziative sembrano spesso costituire per le aziende una scelta di fatto obbligata.

La terza criticità concerne la *gestione del personale*. Più specificamente si possono segnalare tre fabbisogni prioritari: (i) correlare in modo più diretto i contributi che le persone offrono all'azienda con i riconoscimenti che ricevono; (ii) sviluppare un *middle management* che garantisca il collegamento tra formulazione strategica e quotidianità operativa e che permetta agli strumenti manageriali di incidere effettivamente sulla gestione; (iii) coinvolgere maggiormente i professionisti e accrescerne i livelli di soddisfazione, senza peraltro sacrificare la funzionalità aziendale.

Molto promettente come strumento di coinvolgimento dei professionisti, ma sufficientemente rilevante da meritare una trattazione a sé come quarto tema critico, è la crescente attenzione verso *l'analisi e la riprogettazione dei processi aziendali*, ossia delle modalità operative di base delle aziende. Il processo di aziendalizzazione si è inizialmente focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero alla revisione dei propri processi per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative (per esempio con la creazione dei dipartimenti), per renderla più coerente con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni e dei loro organi di governo. Ciò che accomuna queste tre fasi è il tentativo di incidere sul «cuore» dell'azienda (i processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari) per via indiretta, intervenendo sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (i sistemi operativi, la struttura organizzativa, l'assetto istituzionale). Dai Rapporti 2006 e 2007 emergono invece alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale o la definizione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi.

Considerata la difficile situazione finanziaria che condiziona la maggior parte delle regioni e delle aziende, infine, un quinto tema critico resta ovviamente quello del «rientro» o comunque della «*tenuta*» sul piano strettamente economico-finanziario.

Per completare il quadro si possono infine citare tre elementi che per molti aspetti trascendono la singola azienda e investono il sistema nel suo complesso, ma che dovranno in futuro ricevere particolare attenzione. Si tratta della valutazione degli outcome, per spostare almeno in parte il dibattito dai mezzi ai fini; del finanziamento e della gestione delle diverse forme di innovazione (tecnologica, organizzativa, assistenziale ecc.), per fronteggiare la forte dinamicità del sistema; del governo dell'assistenza territoriale, destinataria di quote crescenti di risorse, ma finora, rispetto all'assistenza ospedaliera, meno conosciuta e meno esposta alle logiche e agli strumenti manageriali.

## Indicatori di appropriatezza temporale (liste di attesa per ricoveri chirurgici di elezione)

Prof.ssa Angela Testi, Dott.ssa Elena Tanfani

### Contesto

È ormai assodato che la definizione di appropriatezza comprenda anche una dimensione temporale. Il d.p.c.m. 16.04.02 (1) contiene un allegato sui criteri di priorità e sui tempi massimi di attesa che integra la definizione dei livelli di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (d.p.c.m. 29.11.01). Il tempo di erogazione costituisce, pertanto, una delle caratteristiche fondanti dei Livelli Essenziali di Assistenza: la prestazione, oltre a essere appropriata dal punto di vista clinico e organizzativo, deve anche essere erogata al tempo “giusto”. Su che cosa si debba intendere per tempo “giusto”, è intervenuta la Conferenza Stato-Regioni (CSR). Inizialmente (2) si sono definiti tempi massimi per classi di pazienti sulla base di esperienze internazionali, in particolare del Canada (3, 4), della Nuova Zelanda (5, 6) e dell’Australia (7). Con riferimento ai ricoveri chirurgici, si sono stabilite 4 classi con tempi massimi rispettivamente 30, 60, 180 e 360 giorni. L’inserimento nella classe di urgenza avviene al momento dell’inserimento in lista per il ricovero di elezione, secondo alcuni criteri oggettivi consistenti nella valutazione dell’aggravamento dello stato clinico, del dolore e della disfunzione o disabilità (tabella 1).

**Tabella 1** - *Tempi massimi garantiti per i ricoveri chirurgici di elezione per classi di urgenza*

Classi di urgenza <sup>1</sup>	Valutazione clinica	Tempo massimo garantito
A	Potenziale rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	30 giorni
B	Presenza di gravi sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	60 giorni
C	Presenza di moderati sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	180 giorni
D	Presenza di minimi sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	360 giorni

<sup>1</sup>Nella sperimentazione effettuata dalla classe A sono stati definiti i pazienti con “Evidente rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo”, costituendo una quinta classe, con un tempo massimo di trattamento pari a 8 giorni.

L’assegnazione, pertanto, è basata sulle caratteristiche complessive del paziente, qualunque ne sia la diagnosi. Non è la patologia quanto piuttosto la criticità della situazione del paziente a determinare il tempo di attesa massimo per la risposta garantito come LEA. Più recentemente (26/03/06) la CSR prescrive che dall’1 gennaio del 2007 le regioni garantiscono l’inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità”. Questo secondo intervento dovrebbe permettere di acquisire i dati per verificare se effettivamente sono garantiti i livelli di appropriatezza temporale per quanto riguarda i ricoveri chirurgici di elezione, aspetto che nella realtà sembra, invece, essere uno dei più critici. Per rendere operativo questo monitoraggio, peraltro, mancano ancora due passaggi fondamentali: i) come assicurare che tali tempi siano rispettati; ii) come misurare l’appropriatezza temporale, ossia quali siano gli indicatori più adatti ai quali riferirsi per misurarne gli scostamenti.

A questi due aspetti è destinato il presente approfondimento che riprende i risultati del progetto SWALIS (*Surgical Waiting List Infosystem*) “Liste d’attesa per prestazioni chirurgiche: sperimentazione di sistemi per la loro gestione”, progetto di Ricerca Sanitaria (art.12 D.Lgs. 502/92 e art.12/bis D.Lgs.229/99), che ha sviluppato un evoluto modello di gestione e monitoraggio delle liste di attesa per ricovero chirurgico elettivo, successivamente sperimentato e validato attraverso un sistema computerizzato in rete nel contesto dell’Azienda Ospedale Università San Martino di Genova.

### Metodi

Lo scopo di un sistema di indicatori per misurare l’appropriatezza temporale consiste nel verificare se e in che misura i pazienti nelle stesse condizioni ricevano lo stesso trattamento (equità orizzontale), se i pazienti con diverso bisogno ricevano diversi trattamenti (equità verticale) e se le risorse esistenti siano utilizzate al meglio (efficienza allocativa). La maggiore difficoltà consiste nel rendere tra loro omogenei i pazienti in lista che differiscono sotto due aspetti: i) la classe di urgenza loro assegnata; ii) il tempo che hanno già trascorso in lista. Occorre, inoltre, che gli indicatori siano specificati in modo da misurare le diverse dimensioni della *performance* (efficienza, equità) e, infine, tenere conto contemporaneamente dei pazienti ancora in lista e di quelli che già

sono stati ricoverati. La metodologia proposta per definire il sistema di indicatori della tabella 2 ha riguardato i seguenti aspetti:

1. definizione di pesi relativi per rendere tra loro equivalenti i tempi di attesa dei pazienti (urgenza vs priorità);
2. distinzione tra efficienza della gestione della lista ed equità di trattamento dei pazienti (efficienza vs equità);
3. integrazione delle informazioni storiche con quelle rilevate nel giorno indice (indicatori retrospettivi vs indicatori *cross section*).

1. *Urgenza vs priorità*. Per calcolare la *performance* delle liste di attesa non è sufficiente conoscere per ciascun ricovero la data di prenotazione e la classe di urgenza, come previsto dalle disposizioni della CSR, ma occorre anche definire un sistema di pesi relativi (priorità) che consenta di rendere tra loro omogenei i pazienti. Per comprendere il significato dei pesi proposti, occorre avere ben chiara la distinzione fra "urgenza" e "priorità". Al momento dell'inserimento in lista, ogni paziente è valutato a sé, confrontandolo con uno standard clinico individuale (dolore, potenziale aggravamento, ecc.) e assegnato a una classe di urgenza. Questa valutazione consiste nel quantificare il bisogno soggettivo di ciascun paziente in una misura oggettiva e assoluta di urgenza, rispetto a criteri predefiniti. Soltanto in un secondo momento, quando si tratta di mettere insieme l'urgenza di ogni singolo paziente, con le risorse a disposizione, intervengono considerazioni di priorità (8). Nel primo momento, quando ai pazienti si assegna la classe di urgenza, le considerazioni di priorità devono rimanere fuori dal discorso, perché il bisogno non deve essere determinato dalle condizioni di offerta (9): interpretare l'urgenza come diritto alla priorità potrebbe, anzi, essere fuorviante perché questo significherebbe che tutti coloro di classe A debbano avere precedenza sugli altri, il che ovviamente non è vero.

Le priorità entrano in gioco in un secondo momento, quando le urgenze oggettive dei diversi pazienti entrano in competizione fra loro rispetto alle risorse "scarse". Definire la priorità significa definire chi ammettere per primo al trattamento fra pazienti fra loro eterogenei in quanto a urgenza e data di prenotazione. È il momento rilevante per la verifica dell'appropriatezza, se cioè la prestazione sia effettuata al tempo "giusto" per quel particolare paziente. L'ipotesi cruciale che permette di definire le priorità è assumere che il tempo di attesa scorra con velocità diverse a seconda dell'urgenza con cui un paziente entra in lista: un giorno trascorso in attesa da un paziente di classe A appare molto più "lungo" o "pesante" di un giorno di attesa vissuto da un soggetto in classe D. Vale 1/30 del tempo massimo a disposizione, mentre per il secondo paziente vale 1/360. Ne consegue che per un paziente di classe A è come se ciascun giorno effettivo valesse 12 volte un giorno passato in attesa da pazienti di classe D (tempo massimo 360 giorni). Questo raffronto fra i tempi massimi di ciascuna classe di urgenza consente di determinare i coefficienti di priorità relativa che consentono di trasformare il tempo effettivo in tempo "equivalente", sulla base del quale si determina l'ammissibilità al trattamento. L'ordine con cui i pazienti vengono ammessi al trattamento dovrebbe infatti rispecchiare non quanto ciascun paziente ha aspettato in assoluto, ma quanto ciascuno ha consumato del proprio tempo massimo. Soltanto in questo modo un paziente con una urgenza bassa che ha già aspettato molto diventa prioritario rispetto a chi, più grave, si è appena iscritto in lista. Il tempo "equivalente" così calcolato moltiplicando il tempo di attesa effettivo per il coefficiente di priorità relativa (pesi per rendere omogenei tra di loro pazienti di diversa urgenza) è anche una misura del "bisogno clinico" del paziente, variabile nel tempo (10).

2. *Efficienza vs equità*. Avere a disposizione contemporaneamente valori effettivi e valori "equivalenti" consente di misurare i principali aspetti di efficienza ed equità delle liste di attesa. Il tempo equivalente "totale" di tutti i pazienti in lista misura l'efficienza totale del sistema di gestione delle liste. L'efficienza produttiva di ogni singola unità operativa aumenta quando, a parità di risorse, viene soddisfatto un maggior ammontare di "bisogno", misurato dal tempo equivalente. Questo significa che il numero dei pazienti in lista non cambia, ma che vengono trattati tutti coloro che hanno più "bisogno" nel momento in cui c'è un posto libero in sala operatoria: a parità di input, l'output è più complesso. La disponibilità di indicatori basati su valori equivalenti, inoltre, consente di misurare anche i criteri di allocazione delle sale operatorie fra le unità operative. In questo caso, infatti, piuttosto che basarsi semplicemente sul numero di persone in attesa, si può calcolare un indicatore di "urgenza della lista", dato dal numero di pazienti in lista pesati per il corrispondente coefficiente di priorità relativa. L'equità del sistema di gestione delle liste può essere verificata in due modi. I valori equivalenti permettono di controllare la cosiddetta equità orizzontale, ossia se a uguale bisogno corrisponda uguale trattamento. Una soluzione equa si ha quando al momento del ricovero ciascun paziente, indipendentemente dalla sua classe di urgenza, presenta un uguale tempo di attesa equivalente. Gli indicatori calcolati su valori effettivi, invece, permettono di calcolare indicatori di equità verticale, ossia verificare se a bisogni diversi vengano date risposte diverse. I cosiddetti "indici di rispetto della urgenza per classe", calcolati sui tempi effettivi misurano infatti separatamente per ogni classe, la percentuale di coloro per i quali è rispettato il corrispondente tempo massimo.

3. *Indicatori sui ricoveri (retrospettivi) vs indicatori sulla lista (cross section).* Gli stessi indicatori possono assumere significati diversi a seconda delle modalità di rilevazione, ossia se vengano calcolati sui ricoveri o sulle liste. Nel primo caso, si parla di indicatori *cross section*, che di fatto sono "istantanee" prese in momenti diversi (giorni indice). Misurano da quanto stanno aspettando coloro che in quel istante sono iscritti in lista, indipendentemente dalla data di prenotazione. Hanno lo svantaggio di non tenere conto di quanto i pazienti dovranno ancora attendere e devono essere letti con cautela su periodi più ampi a meno che la lista non sia piuttosto stabile nel tempo. Il metodo retrospettivo consiste invece, nel misurare il tempo di attesa di tutti coloro che sono stati ricoverati in un periodo prefissato (ad esempio nell'ultimo mese). Si perde, tuttavia, l'informazione su quanti sono attualmente in attesa in un certo momento e su quanti sono usciti dalla lista prima di arrivare al ricovero. Rispetto agli indicatori *cross section*, che richiedono per il loro calcolo un supporto informatico, gli indicatori retrospettivi si calcolano immediatamente dalle SDO, sempre che siano stati compilati i due nuovi campi richiesti dalla CSR (data di prenotazione e classe di urgenza). Si noti che anche l'indicatore di "rispetto della urgenza", calcolato su valori "effettivi" può essere retrospettivo o *cross section*: nel primo caso indica in che misura il tempo di erogazione delle prestazioni è stato appropriato nel periodo in osservazione, mentre nel secondo si riferisce alla situazione della lista di attesa al momento del giorno indice.

**Tabella 2 - Indicatori proposti per misurare l'appropriatezza temporale**

Indicatori	Unità misura	Gruppo	Metodo retrospettivo "sui ricoveri"	Metodo cross-section "sulla lista"
<b>TEMPO ATTESA</b>	Valori effettivi	Per classe e sul totale	Tempo di attesa dei ricoveri effettuati in un determinato periodo T precedente.	Tempo di attesa dei pazienti ancora in lista al momento giorno indice.
- Totale - Medio - Minimo - Massimo - Mediano	Valori equivalenti	Per classe e sul totale	Tempo di attesa dei ricoveri effettuati nel periodo T, pesati con il coefficiente di priorità relativa di ogni ricovero (uguaglianza dei tempi medi = INDICE DI EQUITÀ; tempo totale = INDICE DI EFFICIENZA).	Tempo di attesa dei pazienti in lista al momento del giorno indice di rilevazione, pesati con il coefficiente di priorità relativa di ogni paziente in attesa (tempo medio = "INDICE DI AMMISSIBILITÀ").
<b>LUNGHEZZA LISTA</b>	Valori effettivi	Per classe e sul totale	Media del numero di persone in lista di attesa durante un determinato periodo T.	Numero di persone in lista di attesa, al momento del giorno indice di rilevazione.
	Valori equivalenti	Per classe e sul totale	Media del numero di persone in lista durante il periodo di T, pesato con il coefficiente di priorità relativa di ogni paziente.	Numero di persone in lista di attesa, al giorno indice di rilevazione, pesato con il coefficiente di priorità relativa in lista ("INDICE DI URGENZA LISTA").
<b>INDICE DI RISPETTO DELLA URGENZA (Tmax = 30,60,180,360 gg)</b>	Valori effettivi	Per classe	Percentuale di ricoveri effettuati nel tempo max di attesa della classe di appartenenza, rispetto al totale di ricoveri appartenenti alla stessa classe e effettuati nel periodo di riferimento T (varia tra 100, max rispetto e 0).	Percentuale di pazienti in lista con tempi di attesa inferiori al tempo max della classe di appartenenza, rispetto al numero totale di persone della stessa classe in lista al giorno indice (varia tra 100, max rispetto e 0).

### Risultati e Discussione

Non potendo usufruire fino a questo momento, e forse anche per il prossimo futuro di dati regionali ufficiali, gli indicatori proposti sono stati calcolati e validati durante la sperimentazione effettuata dalla Liguria nell'ambito del progetto SWALIS. Si tratta, a nostra conoscenza, del primo, e finora unico progetto che abbia applicato tali criteri, raccogliendo dati attraverso un sistema computerizzato in rete. Si noti che dalla prima classe di urgenza della CSR sono stati scorporati i ricoveri con una evidente rapida progressione di malattia (tumori) per i quali è stata creata la classe A1. La classe A della CSR è stata denominata A2.

Nelle tabelle 3 e 4 si riportano per brevità soltanto alcuni indicatori mensili per l'anno 2006, allo scopo di permettere una rapida verifica dell'andamento della lista di attesa con riferimento alle classi di priorità ed ai tempi massimi stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni. Dall'analisi degli indicatori appare evidente che la lunghezza della lista di attesa rimane grosso modo costante (nel caso sperimentato circa 100 persone, durante l'anno

di sperimentazione), come del resto ci si poteva aspettare perché la prioritizzazione della domanda non ha lo scopo di ridurre la lista di attesa ma di garantire a ciascuno di aspettare il tempo “giusto”. La lista appare, inoltre, “pesante”, circa un quarto dei pazienti andrebbero operati entro 8 gg; circa la metà entro 30 e l’altro quarto entro 60 gg; alcuni fino a 180 e 360 gg, ma sono la minoranza.

**Tabella 3 - Indicatori retrospettivi sui ricoveri per giorno indice**

Giorno indice	Ricoveri effettuati nel mese precedente						Tempo medio atteso					Indice rispetto urgenza					
	Tot	A1	A2	B	C	D	Tot	A1	A2	B	C	D	A1	A2	B	C	D
15/01/2006	51	4,00	18,00	23,00	6,00	0,00	91,50	7,50	60,39	86,26	211,83	0,00	0,50	0,44	0,17	0,33	0,00
19/02/2006	55	5,00	17,00	29,00	4,00	0,00	85,10	6,40	33,18	80,83	220,00	0,00	0,80	0,53	0,24	0,25	0,00
19/03/2006	47	2,00	16,00	23,00	6,00	0,00	64,84	0,00	25,25	55,43	178,67	0,00	0,00	0,69	0,65	0,67	0,00
16/04/2006	57	7,00	15,00	28,00	7,00	0,00	61,69	1,43	24,60	51,57	169,14	0,00	0,00	0,60	0,54	0,57	0,00
14/05/2006	47	9,00	17,00	18,00	3,00	0,00	67,54	14,22	29,06	68,22	158,67	0,00	0,11	0,41	0,39	0,67	0,00
11/06/2006	53	2,00	27,00	20,00	4,00	0,00	65,71	29,00	28,41	62,20	143,25	0,00	0,00	0,56	0,45	0,75	0,00
13/07/2006	59	2,00	20,00	34,00	3,00	0,00	73,23	3,50	30,20	64,21	195,00	0,00	0,00	0,60	0,50	0,67	0,00
18/09/2006	44	8,00	10,00	17,00	9,00	0,00	63,65	5,63	34,50	57,35	157,11	0,00	0,63	0,70	0,47	0,78	0,00
19/10/2006	54	3,00	14,00	28,00	8,00	1,00	103,43	55,67	29,14	73,07	132,25	227,00	0,00	0,86	0,43	0,88	0,00
16/11/2006	48	4,00	21,00	17,00	6,00	0,00	50,06	8,50	27,90	34,00	129,83	0,00	0,25	0,62	0,88	0,83	0,00
21/12/2006	55	4,00	28,00	22,00	1,00	0,00	22,89	6,50	25,11	46,95	13,00	0,00	0,75	0,82	0,73	0,00	0,00

**Tabella 4 - Indicatori cross section sulla lista per giorno indice**

Giorno indice	Lunghezza lista						Tempo medio atteso					Indice rispetto urgenza					
	Tot	A1	A2	B	C	D	Tot	A1	A2	B	C	D	A1	A2	B	C	D
15/01/2006	80,00	1,00	11,00	56,00	11,00	1,00	142,57	3,00	31,45	54,38	139,00	485,00	0,00	0,27	0,63	0,64	0,00
19/02/2006	79,00	0,00	16,00	51,00	11,00	1,00	173,90	0,00	16,63	31,24	127,73	520,00	0,00	0,88	0,82	0,73	0,00
19/03/2006	82,00	1,00	12,00	53,00	14,00	2,00	82,66	4,00	19,17	32,42	73,71	284,00	0,00	0,83	0,91	0,86	0,50
16/04/2006	91,00	2,00	18,00	55,00	14,00	2,00	81,09	9,50	14,89	31,47	37,57	312,00	0,00	0,83	0,85	0,00	0,50
14/05/2006	99,00	0,00	24,00	55,00	18,00	2,00	110,46	0,00	17,58	38,27	46,00	340,00	0,00	0,75	0,85	0,00	0,50
11/06/2006	100,00	0,00	20,00	57,00	21,00	2,00	121,40	0,00	17,70	42,47	57,43	368,00	0,00	0,75	0,75	0,00	0,50
13/07/2006	82,00	0,00	10,00	50,00	20,00	2,00	136,08	0,00	25,40	37,62	81,30	400,00	0,00	0,60	0,82	0,95	0,50
18/09/2006	71,00	3,00	15,00	39,00	12,00	2,00	137,81	40,67	23,73	56,64	101,00	364,00	0,67	0,80	0,62	0,92	0,50
19/10/2006	72,00	0,00	24,00	39,00	8,00	1,00	135,00	0,00	21,58	27,33	102,13	350,00	0,00	0,75	0,87	0,88	0,00
16/11/2006	88,00	2,00	25,00	53,00	7,00	1,00	125,00	1,00	21,52	31,36	103,00	325,00	0,00	0,68	0,91	0,86	0,00
21/12/2006	100,00	2,00	26,00	57,00	14,00	1,00	118,00	6,50	28,35	43,53	72,29	314,00	0,00	0,62	0,74	0,93	0,00

I risultati della sperimentazione dimostrano uno stupefacente incremento di equità: prima dell’applicazione del modello soltanto il 50% dei casi più gravi riusciva ad essere operato entro 8 gg e anche negli altri casi le cose non andavano. Dopo un anno di applicazione, queste percentuali sono passate a 75%, 82% e 73% rispettivamente. Questo significa che circa tre pazienti su quattro riescono ad essere operati entro i tempi previsti dalle rispettive urgenze. Tutto questo si è potuto realizzare a parità di risorse, cioè senza aumentare né il personale né la disponibilità di sale operatorie, ossia a parità di costo. Il risultato appare significativo non soltanto in termini di equità ma anche in termini di efficienza. È ovvio che non è l’unico strumento per risolvere i problemi delle liste: ma è il primo passo, indispensabile, per poter verificare la compatibilità fra i fabbisogni e l’offerta di prestazioni.

### Conclusioni

Al di fuori dei contenuti tecnici, quello che preme sottolineare è come la collaborazione multidisciplinare di medici e infermieri, ingegneri ed economisti abbia dimostrato come sia possibile applicare con successo i criteri di appropriatezza suggeriti dalla CSR. La disponibilità dei dati in tempo reale ha così aumentato non soltanto l’efficienza del sistema, ma anche la sua equità e soprattutto la sua trasparenza. Chirurghi e infermieri possono facilmente interrogare il database e dare ai pazienti chiare informazioni riguardo la loro rispettiva posizione in lista e ritengono che il modello SWALIS sia uno strumento utile a pianificare i ricoveri, ridurre gli eccessi di attesa e le posticipazioni impreviste.

### Riferimenti bibliografici

(1) D.p.c.m. 16 aprile 2002, Linee Guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, Gazzetta Ufficiale 122 del 27.5.2002.

- (2) Conferenza Stato Regioni (2002), Modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, Repertorio n.1488, 11 luglio 2002.
- (3) Sanmartin C (2002a), Establishing Acceptable Waiting Times for Medical Service: A review of the evidence and proposed methods, Working Paper, Appendix G of the Final Report of the WCWL (Western Canada Waiting Lists): 373-408.
- (4) Sanmartin C (2002b), Towards Standard Definitions of waiting Times for Health Care Service, Working Paper, Appendix G of the Final Report of the WCWL (Western Canada Waiting Lists): 337-372.
- (5) Hadorn D, Holmes A (1997a), The New Zealand priority criteria project Part1:Overview, BMJ, 314: 131-134;
- (6) Hadorn D, Holmes A (1997b), The New Zealand priority criteria project Part 2: Coronary artery bypass graft surgery, BMJ, 314: 135-140.
- (7) Shiraev N, McGarry J (1996), Waiting List Reduction, Caring for Health Achievement of the NSW Government's Vision of Health, Sidney, NSW Health.
- (8) Kee F, McDonald P, Kirwan J.R., Patterson C.C. and Love A.H.G. (1998). Urgency and priority for cardiac surgery: a clinical judgment analysis. British Medical Journal 316, 925-929.
- (9) Culyer AG, Cullis JG (1976), Some Economics of Hospital Waiting Lists in the NHS, Journal of Social Policy, 5 (3): 239-64.
- (10) Tanfani E., Testi A. (2004), L'appropriatezza "temporale" delle prestazioni sanitarie. Rapporto sanità 2004, Il Mulino, pp. 121-148.



## **Diffusione del modello organizzativo dipartimentale nel Servizio Sanitario Nazionale: risultati di un'indagine empirica**

Prof. Americo Cicchetti, Dott. Alessandro Ghirardini, Dott. Daniele Mascia, Dott.ssa Federica Morandi, Dott.ssa Anna Ceccarelli, Dott. Vincenzo Vigiliano, Dott.ssa Piera Poletti, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott. Giuseppe Murolo.

### **Contesto**

Durante gli anni '90 il SSN è stato oggetto di un profondo ammodernamento volto a promuovere l'efficienza produttiva, l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi sanitari attraverso l'introduzione di principi e strumenti di managerialità. Alcune delle riforme più recenti hanno agito soprattutto sul fronte degli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie, promuovendo l'introduzione di modelli di tipo dipartimentale.

La letteratura ha ampiamente analizzato la diffusione dei dipartimenti nel nostro paese (fra gli altri, Anessi Pessina e Cantù, 2000; 2002; Cicchetti e Baraldi, 2001; Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et al., 2003; Cicchetti, 2004), ponendo attenzione soprattutto sull'adozione del modello dipartimentale, sulle caratteristiche del modello organizzativo e, più recentemente, sulla possibilità di realizzare attraverso esso il Governo Clinico. In queste ricerche è in ogni caso possibile riscontrare due limiti fondamentali. Da un lato, il modello dipartimentale è stato studiato assumendo come unità di analisi la singola azienda. Dall'altro, si riscontra un'attenzione soprattutto verso l'adozione formale di questo modello in sanità.

Il presente lavoro presenta i risultati preliminari di una *survey* condotta a livello nazionale volta ad analizzare, da un lato, le principali caratteristiche strutturali del modello dipartimentale nelle aziende e, dall'altro, il processo di dipartimentalizzazione nel nostro paese. Questo studio si differenzia dalle precedenti indagini poiché considera come unità di analisi il singolo dipartimento, studiando inoltre la realizzazione dei meccanismi operativi che consentono la funzionalità dell'assetto dipartimentale.

### **Metodi**

Il Ministero della Salute in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Sede di Roma ha realizzato nel corso 2005 una *survey* con il proposito di mappare la operatività dipartimentale nelle Aziende Sanitarie in Italia. La ricerca è stata condotta mediante un questionario strutturato, articolato in 3 sezioni relative a: (i) informazioni anagrafiche dell'organizzazione, anno di istituzione dei dipartimenti, processo di cambiamento della struttura organizzativa; (ii) informazioni sull'assetto organizzativo del singolo dipartimento quali, ad esempio, numero di unità organizzative accorpate e criterio di aggregazione (strutturale, funzionale, aziendale, interaziendale); (iii) informazioni relative ai meccanismi operativi adottati nel dipartimento, con particolare attenzione all'attivazione degli strumenti per il governo clinico.

Il questionario, inviato a tutta la popolazione di Aziende Sanitarie presenti sul territorio nazionale (Aziende Ospedaliere, ASL, Policlinici Universitari, IRCCS), è attualmente disponibile sul sito web del Ministero della Salute ([www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_233\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_233_listaFile_itemName_1_file.doc)).

I dati raccolti sono stati analizzati attraverso un'analisi statistica descrittiva con il supporto del software SPSS. Prima di procedere all'elaborazione dei dati, un panel di esperti si è occupato di riclassificare i dipartimenti in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate.

### **Risultati e Discussione**

La rilevazione ha riguardato 1.805 dipartimenti appartenenti a 233 strutture (67,5% del campione investigato). L'area Nord-Est presenta la *compliance* maggiore (88%), seguita dal Nord-Ovest (68%) e dal Centro (63%). L'area Sud ed Isole si caratterizza per il livello di *compliance* minore (58%). A livello nazionale, l'istituzione che ha attivato con maggiore frequenza il dipartimento risulta essere la ASL (52,7%), seguita dalle Aziende Ospedaliere (41,5%), dagli IRCCS (4,7%), e infine dai Policlinici Universitari (1,1%). Complessivamente, il modello dipartimentale è stato attivato con maggiore frequenza nelle regioni del Nord-Ovest (36,7), seguite da quelle del Nord-Est (25,1%) e del Centro (20,3%). Fanalino di coda, il Sud e le Isole (18%).

In tabella 1 è possibile analizzare la distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa, ottenuta in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate. Dall'analisi della tabella è interessante osservare come oltre il 50 % dei dipartimenti clinici ricade nelle prime 5 tipologie (area medica, area chirurgica, DEA, patologia clinica e materno-infantile). Oltre a ciò si evidenzia la presenza a livello nazionale di 50 dipartimenti classificati e definiti come "Amministrativo e Tecnico" e di 9 dipartimenti di "Direzione Medica Ospedaliera". Si segnala anche la presenza di dipartimenti in cui le unità operative accorpate sono estremamente numerose ed eterogenee, definiti "Specialità miste", così come di 8 dipartimenti inseriti nella categoria "Altro", a fronte della non classificabilità secondo le categorie identificate. Ulteriore nota di attenzione meri-

tano i dipartimenti comprendenti una sola unità operativa (complessivamente 9) e, dunque, censiti come “Monounità”.

**Tabella 1 - Distribuzione di frequenza dipartimenti per tipologia**

Dipartimenti	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Area medica	262	15,0	15,0
Area chirurgica	243	13,9	28,9
DEA	160	9,2	38,1
Patologia clinica	155	8,9	47,0
Materno infantile	144	8,2	55,2
Diagnostica per immagini	123	7,0	62,3
Salute mentale	81	4,6	66,9
Cardiovascolare	70	4,0	70,9
Neuroscienze	60	3,4	74,3
Riabilitazione	54	3,1	77,4
Oncologia medica	50	2,9	80,3
Specialità miste	43	2,5	82,8
Oncologia medico chirurgica	38	2,2	84,9
Anestesia e rianimazione	34	1,9	86,9
Nefrourologia e dialisi	32	1,8	88,7
Ortopedia e traumatologia	28	1,6	90,3
Testa e collo	25	1,4	91,7
Farmacia	24	1,4	93,1
Pediatria	22	1,3	94,4
Geriatra	19	1,1	95,5
Trasfusionale	14	0,8	96,3
Malattie infettive	13	0,7	97,0
Ostetricia e ginecologia	12	0,7	97,7
Mono-unità	9	0,5	98,2
Gastroenterologia	9	0,5	98,7
Pneumologia	6	0,3	99,1
Dermatologia	4	0,2	99,3
Odontoiatria	2	0,1	99,4
Trapianti	2	0,1	99,5
Altro	8	0,5	100,0
<b>Totale Dipartimenti clinici</b>	<b>1.746</b>	<b>100,0</b>	-
Amministrativo e tecnico	50	84,7	84,7
Direzione Medica Ospedaliera	9	15,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	-
<b>Totale Dipartimenti</b>	<b>1.805</b>	-	-

Di particolare importanza appare l'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia. Escludendo infatti il dipartimento cardiovascolare (circa il 4% del totale) - modello effettivamente in grado di rappresentare un raggruppamento di unità operative per categoria nosologica del paziente - complessivamente si osserva che:

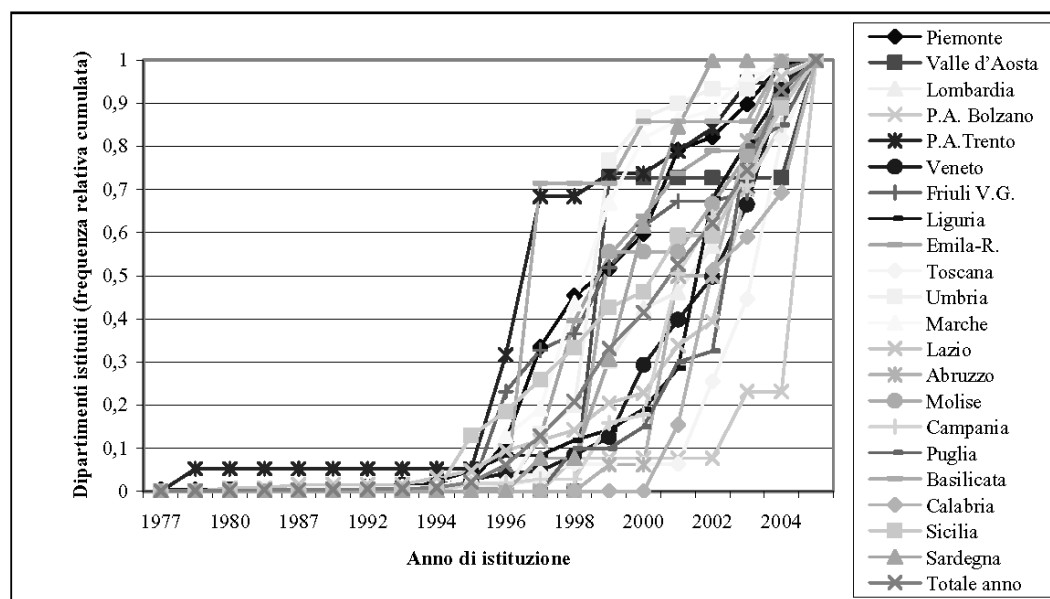
- le due principali tipologie studiate, ovvero i dipartimenti relativi all'Area Medica e all'Area Chirurgica, sono dipartimenti che riflettono un mero accorpamento di unità per specialità;
- il DEA è un dipartimento sancito dalla normativa (DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza” e Linee Guida Ministero della Salute n. 1/1996), così come il dipartimento materno-infantile reso obbligatorio dal PSN 1994-96;
- il dipartimento di patologia clinica può essere definito come un dipartimento di servizi.

Considerando la tipologia istituzionale delle aziende, i dati mostrano che se nelle ASL i dipartimenti attivati con maggiore frequenza siano quelli di Area medica, di Area chirurgica, il Materno-infantile e il DEA, nelle Aziende Ospedaliere i dipartimenti più frequenti sono i dipartimenti di Area medica, di Area chirurgica, quelli di emergenza e accettazione (DEA) e infine la Patologia clinica. Negli IRCCS i dati segnalano la prevalenza di dipartimenti attivati nell'area delle Neuroscienze, dell'Oncologia medica, della Patologia clinica e di quella Cardiovascolare. Infine, nei Policlinici Universitari sono soprattutto i dipartimenti di Area medica e di Area chirurgica (40%), insieme a quelli di Patologia clinica e della Diagnostica per immagini, a prevalere.

Venendo alla diffusione dei dipartimenti, i risultati evidenziano che il processo di dipartimentalizzazione prende avvio in gran parte delle regioni nel 1995, subendo un ulteriore impulso derivante dall'adozione di diversi interventi normativi a livello nazionale, quali l'introduzione dei DRG (1995), la legge finanziaria del 1995, la

riforma ter (D.lgs 229/99), il CCNL del 2000. Il 2004 è l'anno che spicca per il numero di dipartimenti attivi, ben 313, mentre oltre il 50% dei dipartimenti studiati risulta essere stato attivato nel periodo 2001-2005. Il grafico 1 mostra l'accelerazione delle diverse realtà regionali nell'adozione del dipartimento. Dal grafico si osserva come, nonostante l'anno 1995 rappresenti per la maggior parte delle regioni il punto di inizio del percorso di accelerazione nella istituzione del dipartimento, vi sia una grande variabilità nel successivo percorso di diffusione.

**Grafico 1** - Processo di dipartimentalizzazione per regione - Anni 1997-2004



I dati mostrano, inoltre, una profonda eterogeneità nei modelli dipartimentali adottati sia per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, sia per la razionalizzazione e l'efficienza nell'uso delle risorse. In particolare, dall'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa (dipartimenti strutturali vs funzionali) emerge come la prevalenza di dipartimenti sia di tipo strutturale (65,5%) soprattutto all'interno delle aziende territoriali (52,4%). Al contrario, la soluzione funzionale è stata adottata limitatamente al 34,5% dei dipartimenti studiati. Osservando l'estensione dei dipartimenti (aziendale vs interaziendale), i dati mostrano una prevalenza della dimensione aziendale (89,4%).

Relativamente all'assetto interno al dipartimento, particolarmente significativo è il dato sull'attivazione degli organi collegiali, quali Comitato (91,7%) e Assemblea (58,2%) di dipartimento. In 964 casi si riscontra l'attivazione congiunta di entrambi gli organi collegiali. Per quanto riguarda le caratteristiche del modello gestionale interno, l'adozione di sistemi integrati per la gestione delle risorse (budget e gestione comune delle risorse strutturali, tecnologiche e umane) caratterizza oltre il 65% dei dipartimenti. L'analisi dell'attivazione di meccanismi operativi per il Governo Clinico mostra, invece, una prevalenza nell'adozione dei piani di formazione e aggiornamento per i dipendenti (84,4%), seguita dai piani di verifica delle attività cliniche e qualità delle prestazioni (71,5%), dalle Linee Guida dipartimentali (65,6%) e dai percorsi assistenziali di dipartimento (58,9%). Infine, a livello dipartimentale si rileva una presenza limitata di attività di valutazione degli esiti/outcome clinici (55,3%) e della telemedicina (16,3%).

### Conclusioni

Il presente contributo illustra i risultati di indagine svolta nel 2005 con l'obiettivo di fornire una mappa aggiornata dell'operatività dipartimentale nelle Aziende Sanitarie. Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di Governo Clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari. La prospettiva di analisi adottata rende l'indagine particolarmente innovativa.

Per la prima volta, infatti, rispetto alle *survey* già condotte in precedenza, la rilevazione ha avuto per oggetto

non le Aziende Sanitarie in quanto istituzioni del SSN, ma i singoli dipartimenti. L'analisi si è sviluppata secondo due direttrici principali: da un lato l'analisi del processo di dipartimentalizzazione e delle condizioni istituzionali che hanno favorito la diffusione del nuovo modello organizzativo nelle varie regioni italiane; dall'altro l'analisi degli aspetti macro e micro-strutturali e di funzionamento del modello dipartimentale. I risultati, a livello complessivo, mostrano una notevole frammentazione nelle tipologie dipartimentali adottate ed un processo di dipartimentalizzazione che, pur prendendo avvio in quasi tutte le regioni nel 1995, evolve nel tempo in maniera piuttosto eterogenea.

Il presente lavoro fornisce ad oggi una fotografia della situazione dipartimentale in Italia, senza entrare nel merito dell'effettivo funzionamento della struttura e dei meccanismi dipartimentali. Tale questione verrà presa in considerazione negli sviluppi futuri dell'indagine. Un altro limite del presente studio riguarda la soggettività delle dichiarazioni fornite dai rispondenti al questionario.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Anessi Pessina E., Cantù E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2000.
- (2) Anessi Pessina, E. Cantù, E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2002.
- (3) Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et alii. Un'analisi critica della letteratura, in Baraldi, S., (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Forum Service Editore, 2003.
- (4) Cicchetti A. La progettazione organizzativa: principi strumenti ed applicazioni nel settore sanitario, Franco Angeli, Milano, 2004.
- (5) Cicchetti, A., Baraldi, S. La diffusione del modello dipartimentale nel Ssn: solo un fatto formale? Organizzazione Sanitaria, 2001; 1: 71-81.

## Coerenza intrinseca e *performance* dei Servizi Sanitari Regionali: una sintesi degli indicatori

Prof. Vittorio Mapelli

Gli indicatori del SSN sono letti tradizionalmente “in verticale”, confrontando le posizioni regionali tra di loro e traendo giudizi sulla relativa distanza dal valore medio nazionale. Ne scaturisce una lettura a compartimenti stagni, che manca di collegamenti alle cause e ai fattori concomitanti, capaci di spiegare la variabile in esame. Una lettura sistemica degli indicatori può invece ricondurre ad interpretazione unitaria fenomeni che per la loro natura sono intrinsecamente collegati. Un primo tentativo di lettura sinottica è stato recentemente sviluppato nel corso di una ricerca sui sistemi di governance dei Servizi Sanitari Regionali (Mapelli 2007) e viene qui riproposto nelle sue linee essenziali. Per leggere gli indicatori “in orizzontale” è indispensabile un modello interpretativo delle relazioni tra le componenti del sistema. Due modelli interpretativi sono stati sperimentati. Il primo riguarda la coerenza intrinseca dei SSR e la loro capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione, il secondo pone in relazione le capacità di governo dei SSR con i risultati.

### La coerenza intrinseca dei Servizi Sanitari Regionali

I Sistemi Sanitari Regionali sono organizzazioni sociali complesse, la cui ragione d’essere è la capacità di rispondere ai mutevoli bisogni di salute della popolazione. I bisogni di salute possono variare tra le regioni, per condizioni demografiche e ambientali, ma le risorse necessarie per fronteggiarli dovrebbero essere proporzionate, per numero e tipo, alla loro diversa intensità. La funzionalità dei servizi – in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità – dovrebbe essere invece tendenzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale e l’impatto sullo stato di salute il più elevato possibile. Lo schema interpretativo per giudicare la coerenza dei sistemi regionali è del tipo:

*Popolazione → Bisogni → Domanda → Risorse → Risultati di processo → Spesa → Esiti di salute (Offerta)*

Un sistema regionale è coerente se bisogni, domanda, offerta di prestazioni e spesa sono tra loro equilibrate: ad esempio, se la popolazione di una regione è anziana ed esprime un’elevata domanda di servizi, è giustificato che l’offerta e la spesa siano più elevate che in altre; ma gli indici di gestione dei servizi sanitari e gli esiti per la salute devono essere altrettanto elevati. Al contrario, risulta incoerente un sistema con popolazione giovane, ma con eccessivi livelli di spesa, oppure con alti livelli di bisogno, ma scarsi risultati di salute.

Questo approccio si basa su uno sforzo interpretativo basato più sull’analisi qualitativa dei dati, che non sulle tecniche statistiche. Essendo gli indicatori di natura eterogenea, il metodo si basa (i) sulla suddivisione delle regioni in quartili per ognuno degli indicatori elementari<sup>1</sup>, (ii) sulla successiva aggregazione degli indicatori nelle aree dei fenomeni indagati (ad es. bisogni, offerta, risultati), attraverso pesi attribuiti agli indicatori elementari, e (iii) nel confronto tra due o più aree di fenomeno (ad es. bisogni e domanda). Dal confronto può scaturire un giudizio di *coerenza* quando i due fenomeni ricadono nello stesso quartile e sono quindi “proporzionati”, mentre sono valutati incoerenti se sussiste uno scarto di almeno 0,25 punti tra di essi, equivalente ad un quartile. Ad esempio, se una regione presenta un indicatore sintetico di bisogno di 0,73 e di domanda di 0,35 si può supporre che vi siano bisogni insoddisfatti e quindi un’incongruenza del sistema. La distribuzione delle regioni per quartili ha il significato di un posizionamento relativo (alto/basso) rispetto al comportamento di tutte le altre, e non di valore cardinale. I pesi sono stati definiti all’interno del gruppo di ricerca, cercando di rispecchiare l’entità del fenomeno<sup>2</sup>, e possono risentire di una certa soggettività di giudizio, anche se sono state esplorate diverse ipotesi di ponderazione.

Sono stati impiegati 52 indicatori elementari per la descrizione delle 6 aree di fenomeno, la maggioranza dei quali di fonte Istat, Ministero della Salute o regionale. L’elenco completo e i pesi impiegati sono descritti nello studio originale (cap. 6 in Mapelli 2007). Nella tabella 1 sono illustrati i risultati dell’analisi sulla coerenza dei sistemi sanitari regionali<sup>3</sup>. I Sistemi Sanitari Regionali si possono classificare in tre gruppi:

<sup>1</sup> Si è preferito il metodo per quartili, piuttosto che il metodo basato sulla media e la deviazione standard ( $\pm$  sigma), perché in quest’ultimo caso il dato medio nazionale avrebbe assunto un significato di ottimalità, giudizio che non sempre è legittimo (ad es. riguardo alla prevalenza dei bisogni di salute tra le regioni).

<sup>2</sup> Ad esempio, il numero di posti-letto ha un peso 0,4 all’interno del fenomeno “offerta di servizi sanitari”.

<sup>3</sup> Il confronto è circoscritto al servizio sanitario pubblico, anche se è chiaro che la salute dei cittadini può dipendere dalla disponibilità di reddito e dall’accesso ai servizi privati a pagamento.

Sistemi coerenti	Sistemi parz. incoerenti	Sistemi incoerenti
	(a) per eccesso di spesa <i>Bolzano-Bozen</i>	(a) per eccesso di spesa Valle d'Aosta
Piemonte	<i>Trento</i>	Lazio
Lombardia	(b) per scarsità di risultati	(b) per difetto di spesa
Veneto	Molise	Puglia
Friuli-Venezia Giulia	Campania	Basilicata
Liguria	Sardegna	Calabria
Emilia-Romagna		Sicilia
Toscana		
Umbria		
Marche		
Abruzzo		

Il gruppo dei sistemi sanitari *coerenti* è il più numeroso (10 regioni) e comprende i sistemi nei quali sussiste proporzionalità tra livelli di bisogni sanitari, alto (ad es. Toscana, Umbria) o basso (ad es. Lombardia, Veneto), domanda, offerta e, soprattutto, spesa. La spesa può essere relativamente bassa (ad es. nei quattro casi citati), perché gli indicatori di funzionalità sono molto buoni e consentono il controllo della spesa sanitaria. In tutti i sistemi, comunque, i risultati sullo stato di salute sono molto adeguati o comunque superiori alla mediana. Il gruppo dei sistemi *parzialmente incoerenti* comprende le due PA di Trento e Bolzano che presentano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni di salute di una popolazione relativamente giovane, ma offrono eccellenti servizi sotto il profilo gestionale e dei risultati di salute. Comprende anche tre regioni del Sud (Molise, Campania, Sardegna), nelle quali il livello di spesa è adeguato ai bisogni, ma sono piuttosto scarsi i risultati gestionali e, soprattutto, di salute. Infine il gruppo dei sistemi *incoerenti* comprende 2 regioni (Valle d'Aosta e Lazio) che evidenziano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni oggettivi, con risultati gestionali e di salute non eccezionali.

Comprende anche 4 regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) che, a fronte di bisogni sanitari nella media del paese, dispongono di bassi livelli di spesa e, oltretutto, con scarsi risultati nella funzionalità dei servizi e per la salute della popolazione.

**Tabella 1** - Valutazione di coerenza dei SSR per regione - Anno 2005 o più recente (ranghi per quartile)

Regioni	Bisogni	Domanda	Indicatori Sintetici		Spesa	Salute (esiti)	Valutazione del SSR
			Offerta	Processi			
Piemonte	0,61	0,44	0,54	0,74	0,75	0,55	coerente
Valle d'Aosta	0,55	0,39	0,39	0,67	1,00	0,48	incoerente
Lombardia	0,36	0,54	0,64	0,74	0,25	0,60	coerente
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,35</i>	<i>0,73</i>	<i>0,78</i>	<i>0,64</i>	<i>1,00</i>	<i>0,90</i>	<i>parz. coerente</i>
<i>Trento</i>	<i>0,40</i>	<i>0,42</i>	<i>0,70</i>	<i>0,64</i>	<i>1,00</i>	<i>0,98</i>	<i>parz. coerente</i>
Veneto	0,39	0,45	0,55	0,72	0,25	0,99	coerente
Friuli-Venezia Giulia	0,73	0,47	0,76	0,75	0,75	0,83	coerente
Liguria	0,83	0,69	0,72	0,75	1,00	0,66	coerente
Emilia-Romagna	0,84	0,66	0,79	0,73	0,75	0,79	coerente
Toscana	0,88	0,42	0,79	0,79	0,50	0,88	coerente
Umbria	0,76	0,63	0,70	0,77	0,50	0,89	coerente
Marche	0,71	0,57	0,64	0,65	0,50	0,81	coerente
Lazio	0,49	0,75	0,95	0,61	1,00	0,45	incoerente
Abruzzo	0,78	0,74	0,91	0,54	0,75	0,56	coerente
Molise	0,83	0,77	0,84	0,48	0,75	0,53	parz. coerente
Campania	0,41	0,60	0,48	0,51	0,50	0,25	parz. coerente
Puglia	0,45	0,65	0,45	0,39	0,25	0,03	incoerente
Basilicata	0,64	0,64	0,66	0,46	0,25	0,48	incoerente
Calabria	0,65	0,64	0,61	0,31	0,25	0,41	incoerente
Sicilia	0,63	0,84	0,67	0,42	0,25	0,26	incoerente
Sardegna	0,46	0,71	0,77	0,40	0,50	0,45	parz. coerente

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dati dei capitoli 1-5 della ricerca (Mapelli 2007). Anno 2005 o più recente.

Come si può osservare, non esiste una netta distinzione *geografica* tra regioni del Nord e del Sud nella coerenza/incoerenza dei sistemi sanitari, anche se il maggior numero di sistemi coerenti si riscontrano nel Centro-Nord e quelli incoerenti nel Sud (tabella 1).

La coerenza, inoltre, non sembra una prerogativa di un particolare modello di organizzazione delle Aziende

Sanitarie<sup>4</sup>, perché tra i modelli integrati sono presenti alcuni sistemi incoerenti (Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata, Calabria), così come tra quelli misti-quasi separati (Lazio, Sicilia). L'unico modello separato (Lombardia) è coerente, offre buoni risultati gestionali e di salute, ma sembra sovra-dimensionato nell'offerta, rispetto ai bisogni.

### Capacità di governo e performance dei SSR

La *governance* è un concetto variabile e difficile da definire, sul quale esiste una vastissima letteratura (per una sintetica rassegna Bariletti, Zoli 2006; Longo 2005). Nella sua dimensione operativa, applicata alla sanità, la *governance* si può definire come un insieme di regole, strumenti e capacità, presenti a livello regionale e diffuse a livello locale, che improntano le relazioni interne al sistema sanitario e si traducono in risultati per il sistema della cittadinanza (qualità dei servizi e miglioramento della salute) e il sistema delle pubbliche amministrazioni (universalità dei diritti, uso delle risorse). Il modello interpretativo è schematicamente:

*Contesto (generale e specifico) → Strumenti e capacità (Risorse) → Governance → Risultati gestionali di processo finali*

La *governance* è concepita come un processo di trasformazione di fattori materiali e immateriali in risultati per la popolazione e per lo stato – i due *stakeholders* principali della regione. Le capacità di governo del sistema sanitario sono influenzate, innanzitutto, dal *contesto* specifico in cui opera la regione, diverso per cause storiche, geografiche e culturali; componenti del contesto sono, ad esempio, la dimensione regionale, il PIL pro capite, la stabilità politica, il numero di Aziende Sanitarie. Le risorse, che concorrono ad un buon sistema di governo, sono date sia da *strumenti* specifici o mezzi a disposizione (ad es., l'organizzazione dell'Assessorato, lo sforzo fiscale), sia dalle *capacità* di visione politica e di gestione manageriale (ad es. la capacità di legiferare, programmare, investire). I *risultati* attesi riguardano i *processi* di gestione (ad es. economicità, efficienza, deficit) ed erogazione dei servizi (appropriatezza, qualità dei servizi, capacità di risposta), ma soprattutto, gli *esiti* in termini di miglioramento della salute (ad es. mortalità evitabile, speranza di vita libera da disabilità) e di *eguaglianza* (di accesso, fiscale).

Gli indicatori impiegati per la descrizione e valutazione dei sistemi sanitari regionali sono in totale 54 e sono elencati per area di fenomeno, insieme con i pesi utilizzati, nello studio originale (tab. 10.1 in Mapelli 2007). Le aree di fenomeno considerate sono: (a) il *contesto* generale (3 indicatori) e specifico (6); (b) le *risorse di governance*, composte da strumenti (4) e capacità (7); i *risultati gestionali*, formati da economicità (3) ed efficienza (5); (c) i *risultati di processo*, composti da qualità dei servizi (6), appropriatezza (8), responsabilità (3); i *risultati finali*, nelle due dimensioni dell'equità (5) e degli esiti per la salute (4).

Non è possibile descrivere e commentare la collocazione delle regioni rispetto alle diverse dimensioni della *performance* (v. tab. 2). Alcune regioni sono più performanti in certe aree: la Lombardia nell'economicità della gestione aziendale, la PA di Bolzano nell'efficienza ospedaliera, l'Umbria nella qualità dei servizi, il Piemonte nell'appropriatezza, la PA di Trento nella responsabilità e nell'equità, il Veneto nei risultati di salute. Altre, purtroppo, sono peggiori in più di un'area: la Sardegna nell'economicità e nell'efficienza, la Calabria nella qualità e appropriatezza, la Sicilia nell'equità e negli esiti di salute (tabella 2). Una valutazione concisa delle tre principali dimensioni gestione economica, indicatori di processo e di risultato finale – si può ottenere dalla media aritmetica dei tre indicatori di area, che forniscono un indice globale di *performance*. Le regioni con i migliori indici di *performance* totale sono ubicate nel Nord e nel Centro: Lombardia (0,69), Umbria (0,72), Emilia-Romagna (0,74), Friuli-Venezia Giulia (0,75), Toscana (max: 0,78), mentre quelle con gli indici peggiori sono al Sud: Puglia (0,42), Campania (0,41), Sardegna (0,37), Calabria (0,34) e Sicilia (min: 0,33) (tabella 2, penultima colonna). L'analisi dei dati conferma il profondo divario che persiste tra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud, tra le quali va compreso anche il Lazio.

<sup>4</sup>Modello integrato = tutti i Presidi Ospedalieri sono all'interno dell'ASL; modello separato = tutti i Presidi Ospedalieri fanno parte di Aziende Ospedaliere; modello misto = i Presidi Ospedalieri possono fare parte sia dell'ASL che dell'AO.

**Tabella 2** - Indicatori di contesto, governance e risultato (in ordine crescente delle ricerche delle risorse di governance) per regione - Anno 2005 o più recente (ranghi per quartile)

Regioni	Contesto generale e specifico	Risorse di governance	Risultati gestionali	Risultati di processo	Risultati finali	Totale performance	Spesa SSN netta pro capite 2003-2005
Abruzzo	0,68	0,35	0,44	0,53	0,64	0,54	0,75
Campania	0,48	0,36	0,44	0,41	0,39	0,41	0,50
Basilicata	0,56	0,45	0,27	0,50	0,61	0,46	0,25
Sardegna	0,54	0,46	0,23	0,37	0,50	0,37	0,50
Molise	0,67	0,46	0,35	0,49	0,56	0,47	0,75
Lazio	0,58	0,46	0,47	0,55	0,46	0,49	1,00
Puglia	0,51	0,49	0,53	0,36	0,37	0,42	0,25
Calabria	0,48	0,51	0,30	0,29	0,42	0,34	0,25
Sicilia	0,43	0,52	0,31	0,39	0,29	0,33	0,25
Friuli-Venezia Giulia	0,66	0,53	0,69	0,78	0,78	0,75	0,75
Piemonte	0,67	0,59	0,44	0,77	0,54	0,58	0,75
Trento	0,89	0,59	0,35	0,73	0,96	0,68	1,00
Lombardia	0,68	0,6	0,83	0,73	0,51	0,69	0,25
Umbria	0,66	0,64	0,58	0,78	0,78	0,72	0,50
Valle d'Aosta	0,79	0,65	0,32	0,77	0,64	0,57	1,00
Veneto	0,73	0,66	0,55	0,71	0,74	0,67	0,25
Liguria	0,63	0,66	0,46	0,75	0,65	0,62	1,00
Marche	0,67	0,66	0,45	0,66	0,75	0,62	0,50
Bolzano-Bozen	0,86	0,73	0,66	0,60	0,78	0,68	1,00
Emilia-Romagna	0,84	0,76	0,63	0,79	0,79	0,74	0,75
Toscana	0,68	0,77	0,66	0,84	0,83	0,78	0,50

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati dei capitoli 1-5 della ricerca (Mapelli 2007). Anno 2005 o più recente.

### Le relazioni tra contesto, capacità di governo e risultati regionali

Tuttavia la valutazione dei risultati dei SSR non si può limitare alle sole risorse di governance, ma deve allargare l'orizzonte anche al contesto socio-economico in cui operano i sistemi sanitari e alle risorse a disposizione, rappresentate dalla spesa sanitaria pubblica. Inoltre, poiché alcune variabili si influenzano reciprocamente, è utile guardare le coppie di interazioni esistenti. Le correlazioni lineari esistenti tra gli indicatori sintetici (rho di Spearman)<sup>5</sup> sono illustrate nella matrice di tabella 3, dalla quale si possono trarre alcune conclusioni di rilevante interesse:

**Tabella 3** - Matrice delle correlazioni lineari tra gli indicatori sintetici (rho di Spearman)

	Contesto	Governance	Gestione	Processo	Risultati f.	Tot. Perf.	Spesa
Contesto	1,00	0,60	0,44	0,64	0,77	0,73	0,49
Governance		1,00	0,58	0,70	0,66	0,72	0,20
Gestione			1,00	0,70	0,46	0,80*	0,05
Processo				1,00	0,78	0,89*	0,40
Risultati finali					1,00	0,86*	0,41
Tot. Performance <sup>a</sup>						1,00	0,27
Spesa							1,00

\*Variabili autocorrelate; <sup>a</sup>Media aritmetica degli indicatori sintetici di gestione, processo e risultato finale.

1. Il contesto generale e specifico della sanità regionale esercita un significativo influsso sulle capacità di governance (rho = 0,60), sui risultati di processo (0,64) e sui risultati finali (0,77).

2. Le risorse di governance svolgono un'azione decisiva sui risultati di processo (0,70), sui risultati finali (0,66) e, in misura minore, sulle capacità di gestione economica dei servizi sanitari (0,58). Le capacità di governance non dipendono dalla disponibilità delle risorse finanziarie (spesa: 0,20).

3. I buoni risultati gestionali producono (o sono correlati con) buoni risultati di processo (0,70), ma non tanto di salute/equità (0,46) e, a loro volta, non dipendono dal livello di spesa sanitaria (0,05): maggiore è la spesa, più alto è il rischio di deficit e più diffuse sono le inefficienze.

<sup>5</sup>Essendo gli indicatori di sintesi dei valori di posizione, e non dei numeri cardinali, il coefficiente rho misura la correlazione tra i ranghi delle variabili.



4. Il livello di spesa sanitaria pro capite è scarsamente correlato con tutti i tipi di risultato, gestionali (0,05), di processo (0,40) e finali (0,41).

5. La *performance* complessiva dei Servizi Sanitari Regionali dipende sia dal contesto regionale (0,73), sia dalle capacità di *governance* (0,72).

### **Conclusioni**

Gli indicatori sono uno strumento molto efficace per rappresentare le numerose dimensioni della salute e della sanità nelle regioni italiane. La loro estrema analiticità, tuttavia, può essere di ostacolo ad una valutazione globale sulla funzionalità e sulla capacità dei sistemi regionali di rispondere ai loro scopi istituzionali: soddisfare i bisogni di salute della popolazione e produrre buoni risultati, con un dispendio ragionevole di risorse. Avendo un modello interpretativo, gli indicatori si possono leggere in modo trasversale e questo contributo mostra che un'interpretazione sistemica degli indicatori non solo è possibile, ma aiuta ad evidenziare i punti di forza e di debolezza dei Sistemi Sanitari Regionali.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Bariletti A., Zoli M., 2006, On concepts of governance;: a survey and interpretation, in "Economia, società e istituzioni", vol. 18, n. 2, pp. 313-343.
- (2) Longo F., 2005, Governance dei network di pubblico interesse, Milano, Egea.
- (3) Mapelli V. (a cura di), 2007, I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali, Roma, Formez, Quaderni, n. 57, pp. 317. La ricerca è stata coordinata dal S. Bono del Fermez e svolta da V. Mapelli con la collaborazione di A. De Stefano, A. Gambino, A. Ceccarelli, V. Compagnoni.

## Classificazione delle strutture

Dott. Costantino Gallo, Dott. Giampietro Rupolo

### Obiettivo

L'obiettivo del progetto Mattone Uno è la classificazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Per ottenere questo risultato si è optato per la costruzione di un modello basato su un approccio modulare adatto alla mappatura delle strutture indipendentemente dal loro grado di complessità (interna) e/o modello organizzativo, partendo dalle loro unità di offerta minime e finali. Questo obiettivo è stato riassunto nel motto "dal macro al micro".

### Metodo

La scelta metodologica attuata è stata articolata nelle seguenti fasi: l'elaborazione del modello teorico, la condivisione dello stesso con le sedi di sperimentazione coinvolte, la realizzazione del modello operativo, la realizzazione del supporto informatico di sperimentazione, la sperimentazione nelle sedi coinvolte, l'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione, la produzione della manualistica e della reportistica finale.

#### *L'elaborazione del modello teorico*

La rete delle unità di offerta delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (di seguito chiamate punti di erogazione) si presenta eterogenea non solo tra le diverse regioni, ma anche all'interno delle singole regioni stesse, oltre che risultare spesso mutevole nel tempo, per questo motivo un approccio al problema orientato ad elencare l'insieme di tutte le tipologie di punti di erogazione sarebbe destinato ben presto ad infrangersi contro il muro della complessità e della variabilità spesso caratterizzata semplicemente da questioni etimologiche. Partendo da questa considerazione è stato elaborato un modello basato sulla semplicità, sulla flessibilità, sulla modularità e sull'uso di categorie concettuali che costituiscono l'alfabeto di una "lingua franca" che permetta la comunicazione tra realtà diverse. La descrizione dei singoli punti di erogazione è stata quindi concettualizzata e categorizzata in modo da poter essere utilizzabile, condivisibile e comunicabile (categorie di Kant).

Nasce così il concetto di "descrittore" (l'entità atomica del modello): un attributo concettuale applicabile ai punti di erogazione; esempi di descrittori sono il "livello di assistenza", il "target" di utenza, il "regime di assistenza", ...

Aggregando diversi descrittori è possibile isolare le caratteristiche delle singole tipologie di punti di erogazione astraendone le peculiarità, l'insieme di queste peculiarità viene chiamato "vettore" e identifica una Tipologia di Punto di Erogazione.

Partendo dalle unità minime di offerta è possibile inoltre ricostruire l'articolazione organizzativa dei soggetti erogatori attraverso l'esplicitazione dei legami esistenti tra loro. Tale impostazione permette di decodificare strutture complesse, apparentemente diverse tra loro, come scomposizione e aggregazione di unità semplici (punti di erogazione). Questo insieme di entità elementari è poi riportabile ad unità attraverso l'esplicitazione dei legami ("relazioni") che intercorrono tra le stesse e che spesso rimangono sullo sfondo. Così facendo è stato possibile ridurre di molto la numerosità dei Tipi Punto di Erogazione e nel contempo descrivere dettagliatamente e con grande aderenza alla realtà strutture anche molto articolate (un ospedale è visto come l'aggregazione di unità semplici via via aggregate tra loro per formare strutture sempre più complesse).

Per completezza di rappresentazione (per poter arrivare a rappresentare gli intrecci che spesso intercorrono tra soggetti erogatori giuridicamente distinti) è stato previsto anche il concetto di titolarità intesa come il soggetto giuridico a cui fanno capo uno o più Punti di Erogazione, denominando questa entità come Titolare.

#### *Modello di rilevazione: soluzioni adottate*

Il sistema di rilevazione delle strutture censisce le seguenti componenti:

- *Titolare*: soggetto giuridico titolare dei punti di erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari;

- *Punto di erogazione* di due tipi:

- punto di erogazione finale delle prestazioni al cittadino, unità atomica della rete di offerta; corrispondente ad un setting assistenziale specifico e caratterizzato da prestazioni omogenee;

- punto di aggregazione organizzativa, rappresenta un livello di aggregazione fisica/organizzativa (non amministrativa) dei punti di erogazione finale e soggetti a provvedimenti di autorizzazione, ai sensi delle disposizioni di legge ad oggi vigenti.

Il sistema di rilevazione ricostruisce la visione d'insieme attraverso la struttura gerarchica dei sistemi di ero-

gazione complessi, descrivendo i legami relazionali fra le diverse componenti:

- Relazioni verticali:
  - verso entità sovraordinate (genitori);
  - verso unità subordinate (figli).
- Relazioni orizzontali:
  - verso entità contigue (fratelli).

**Grafico 1** - Modello di rilevazione



#### *La realizzazione del modello operativo*

L'approccio teorico descritto è stato tradotto in un modello operativo caratterizzato da due insiemi di elementi: i descrittori e i vettori. L'elaborazione dei primi ha richiesto un grande lavoro di selezione, riflessione e affinamento per individuare quelli che maggiormente fossero capaci di descrivere compiutamente le caratteristiche peculiari dei punti di erogazione. È stato alla fine scelto il seguente elenco di raggruppamenti di descrittori ciascuno dei quali ulteriormente dettagliato: Livello di assistenza, Punto di erogazione, Target, Tipologia di attività, Descrittori dell'erogazione, Descrittori dell'emergenza, Specialità e professioni. L'elenco dei descrittori ottenuto dalla sperimentazione, tuttavia, non costituisce motivo di rigidità del modello in quanto lo stesso può essere adeguato ed adattato alle necessità che si dovessero incontrare nell'uso ordinario del sistema.

Le diverse combinazioni (insiemi) di descrittori, i Vettori, hanno evidenziato i Tipi Punto di Erogazione più comunemente riscontrati nella realtà previsti e descritti in documenti di programmazione nazionale e regionale. L'elenco così costruito non nega la possibilità di definire altri Tipi di Punto di Erogazione combinando in modo originale i descrittori.

#### *La realizzazione del supporto informatico di sperimentazione*

Per supportare la sperimentazione del modello attraverso la concreta mappatura della realtà dei siti di sperimentazione coinvolti nel progetto, è stato prodotto un supporto informatico basato su un data base relazionale (entità - relazioni), il cui modello è stato condiviso con tutti i soggetti della sperimentazione.

Particolare attenzione è stata posta alla semplicità d'uso attraverso finestre orientate all'utente (ovvero il soggetto sperimentatore) che permettono l'inserimento dei dati agevolmente e, dove possibile, suggerendo operazioni.

Per la sperimentazione si è scelto di realizzare il software partendo da un prodotto molto diffuso e conosciuto dagli operatori quale MsAccess (nelle sue diverse versioni), riducendo quindi la necessità di formazione generale e focalizzando l'attenzione sulla formazione specifica.

L'attività di sperimentazione ha portato al costante affinamento dei Descrittori da un lato e dei Tipi Punto di Erogazione (e corrispondenti Vettori) dall'altro, questa attività ha avuto una ricaduta concreta nel costante aggiornamento del sistema informatico, permettendo ai singoli soggetti della sperimentazione una gestione autonoma e semplificata del passaggio tra le diverse versioni del prodotto.

Il software, oltre ad una funzione di data-entry, è stato sviluppato avendo come obiettivo sia la verifica, da parte dell'operatore, della effettiva correttezza e rappresentatività dei dati inseriti, sia permettere di avere una idea delle potenzialità del sistema; per questo motivo sono state predisposte delle estrapolazioni automatizzate dei

dati presenti nell'archivio che grazie anche ad una notevole semplicità, flessibilità e raffinatezza permettono di verificare i dati e di ottenere diverse viste sui dati stessi.

#### *La sperimentazione nelle sedi coinvolte*

La bontà del modello e del supporto informatico si sono rese manifeste già dai primi incontri formativi e informativi con le varie sedi di sperimentazione. Il confronto con le varie realtà ha consentito di affrontare e risolvere con facilità le varie eccezioni e peculiarità locali che di volta in volta si evidenziavano riuscendo in ogni situazione a rappresentare fedelmente la situazione esaminata.

La volontà di valicare il modello teorico-operativo ha portato al coinvolgimento di una serie di soggetti nella sperimentazione:

- la regione del Veneto, capo gruppo (due Aziende Socio Sanitarie e una Azienda Ospedaliera);
- la regione Calabria, regione associata, (una Azienda Socio Sanitaria e una Azienda Ospedaliera);
- la regione Molise (una Azienda Sanitaria);
- la Provincia Autonoma di Bolzano (una Azienda Sanitaria);
- la regione Sardegna (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Ospedaliera);
- la regione Toscana (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Ospedaliera).

La sperimentazione nelle varie regioni è stata supportata da una attività di formazione e informazione sul modello e sull'uso del software di supporto e da una successiva costante supervisione in loco e/o telefonica.

#### *L'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione*

Durante tutta la fase della sperimentazione è stato costantemente aggiornato e perfezionato il software e, anche se più marginalmente, il modello operativo (revisione parziale del set di descrittori). Il confronto tra le varie realtà regionali ha consentito inoltre di affinare la classificazione dei Tipi Punto di Erogazione.

#### *La produzione della manualistica e della reportistica finale*

A supporto della sperimentazione oltre alla fornitura del software e della necessaria formazione è stato sviluppato un manuale d'uso che è stato fornito (e aggiornato) a tutte le sedi di sperimentazione.

È stato predisposto un report finale di progetto che oltre a descrivere le caratteristiche del modello esplicita i risultati conseguiti nelle sedi di sperimentazione.

#### **Risultati attesi**

Il progetto si proponeva di realizzare una classificazione delle strutture e una mappatura delle stesse nei siti di sperimentazione al fine di valutare il differenziale informativo nei confronti degli attuali flussi informativi ministeriali.

#### **Risultati raggiunti**

I risultati ottenuti hanno indubbiamente superato le aspettative, infatti non solo si è realizzata una classificazione delle strutture, ma si è costituito un metodo basato su una "categorizzazione" che la rende aperta e flessibile, in grado di rappresentare efficacemente le diverse realtà regionali, nonché di essere aggiornata.

Il modello oltre a consentire un preciso censimento delle unità finali di offerta, attraverso la creazione di strutture intermedie di raggruppamento (ad es. Dipartimento Ospedaliero) ed alla possibilità di legare tra loro i diversi Punti di Erogazione mediante la creazione del legame gerarchico, ha consentito di rendere visibili e confrontabili i diversi modelli organizzativi presenti nelle varie realtà anche appartenenti alla medesima tipologia organizzativa (Aziende Sanitarie o Aziende Ospedaliere) all'interno di una stessa regione.

Il sistema ha dimostrato la propria capacità di supportare estrazioni molto raffinate, in grado da un lato di evidenziare la distribuzione dei vari Tipo Punto di Erogazione tra i diversi siti di sperimentazione dall'altro di interrogare il sistema per tipologie di punto e/o descrittore.

È stato interessante notare come diversi siti di sperimentazione hanno censito la propria realtà in modo sostanzialmente sovrapponibile e utilizzando correttamente la tipologia di punto di erogazione: ciò ha dimostrato l'estendibilità del modello a bassi costi di formazione e condivisione.

Il modello con il quale è stato sviluppato e testato il progetto Mattone 1 consente di ricondurre ad esso una vasta serie di informazioni aggiuntive legate al singolo punto di erogazione rispetto a quelle prefissate. Inoltre, beneficiando delle caratteristiche di semplicità, modularità, flessibilità, sarà possibile ricostruire attorno ad esso il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari. A puro titolo esemplificativo si potranno, ad esempio, ricostruire le piante organiche di un'Azienda Sanitaria Locale come somma del personale attribuito ai singoli Punti di Erogazione, così come le attrezzature, i costi, i dati strutturali e qualsiasi altra informazione.

Un'altra area di sviluppo riguarda la possibilità offerta dal modello di rappresentare, oltre che la struttura "gerarchico-organizzativa", anche altri legami come, ad esempio, il concetto di collegamento funzionale e logistico (creazione di raggruppamenti fisici, come i punti di erogazione presenti in un padiglione ospedaliero).

#### **Integrazione con altri mattoni**

Per sua natura, dati gli obiettivi affidati, il Mattone Uno si pone quale fondamenta del Sistema Informativo Sanitario, e la sua realizzazione risulta la base per il successivo sviluppo dell'intero sistema.

In particolare i mattoni che hanno come focus le attività sanitarie, ad esempio la Residenzialità e la Semiresidenzialità e l'Assistenza Domiciliare, interagiranno con il Mattone Uno al fine di fornire elementi utili a perfezionare ed arricchire il contenuto informativo derivante dalla metodologia utilizzata, individuando il grado di specificità e dettaglio utile all'integrazione con i dati relativi alle prestazioni erogate ed erogabili.

Il risultato complessivo derivante dall'integrazione del Mattone Uno con i restanti consentirà, quindi di fornire tutti gli elementi utili alla realizzazione di un corretto processo di programmazione e controllo ai diversi livelli istituzionali, siano essi locali, regionali o ancora nazionale.

Il raffronto costante tra rete di offerta garantita e prestazioni e servizi sanitari effettivamente erogati ai cittadini, permetterà nel tempo di individuare gli standard quali-quantitativi rispondenti ai potenziali bisogni sanitari della popolazione.

#### **Prospettive future**

Il modello con il quale è stato sviluppato e testato il progetto Mattone Uno consente di ricondurre ad esso una vasta serie di informazioni aggiuntive legate al singolo punto di erogazione rispetto a quelle prefissate e beneficiando delle caratteristiche di semplicità, modularità, flessibilità, sarà quindi possibile ricostruire attorno ad esso il sistema di offerta dei servizi sanitari e sociosanitari.

A puro titolo esemplificativo potrà essere possibile ricostruire le piante organiche di una Azienda ULSS come somma del personale attribuito ai singoli punti di erogazione così come le attrezzature, i costi, dati strutturali e qualsiasi altra informazione.

Un'altra area di sviluppo riguarda la possibilità offerta dal modello di rappresentare oltre che la struttura "gerarchico-organizzativa" anche altri legami come ad esempio il concetto di collegamento funzionale, logistico (creazione di raggruppamenti fisici come ad esempio i punti di erogazione presenti in un padiglione ospedaliero) ecc.

#### **Il Mattone Uno e gli obiettivi prioritari del SSN**

L'accordo Stato-Regione del 24 Luglio 2003 aveva individuato cinque priorità attorno alle quali sviluppare i progetti obiettivo:

1. Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Cure primarie.
3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali.
4. Centri di eccellenza.
5. Comunicazione istituzionale.

La metodologia individuata dal Mattone Uno fornisce elementi rispondenti a tutte le priorità:

1. La rilevazione della rete di assistenza a livello di Punti di erogazione uniti ai descrittori permetterà di avere la numerosità degli snodi ricettivi dei bisogni sanitari, in modo da avere una proxy numerica della copertura potenziale dei diversi livelli di assistenza, tanto più significativa quanto più omogenea sarà il dettaglio della rilevazione attuata nelle diverse realtà locali.
2. Il rilancio della cure primarie attraverso una rimodulazione organizzativa delle sue forme erogative e la rivisitazione del rapporto tra territorio e ospedale che ne conseguirà, non potrà che partire da una chiara conoscenza della rete di assistenza ad un dettaglio tale da evidenziare le sinergie e le opportunità di integrazione tra MMG, PLS e operatori del territorio e dell'ospedale sia in termini fisici logistici che organizzativi.
3. L'integrazione dei servizi sanitari e sociali dovrebbe nascere per meglio rispondere alle necessità dei pazienti, quindi il ritorno informativo del Mattone soprattutto in relazione alla natura dei destinatari e della tipologia di attività, permetterà di individuare le opportunità di integrazioni tra operatori sanitarie e quelli sociali utile a garantire un portafoglio di prestazioni e servizi che più che garantire la salute dei cittadini dovrà salvaguardarne la qualità della vita.
4. La valorizzazione di un centro di eccellenza, non può che avvenire in relazione al complesso di una rete di offerta, poiché eccellere vorrà dire anche diventare riferimento di punti di erogazione di una stessa rete, per-

tanto la logica delle relazioni meglio di altre permetterà di valorizzare la centralità dell'eccellenza all'interno di *network* complessi quali i SSR.

5. La comunicazione istituzionale, soprattutto quella legata alla prevenzione, per quanto finora si sia sempre avvalsa di messaggi efficaci, dovrà sempre più, in futuro, essere supportata da informazioni accessorie quali le caratteristiche della rete di offerta, che la possano rendere maggiormente fruibile da parte dei destinatari.

Il contenuto informativo derivante dalla metodologia del Mattone, potrà, quindi, rispondere a diverse esigenze, ma a tal fine necessita ancora di essere affinata in modo da poter essere applicata in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.