

## Assetto istituzionale-organizzativo

La progressiva devoluzione delle competenze nel Servizio Sanitario Nazionale ha favorito lo sviluppo di modelli istituzionali ed organizzativi molto differenti tra le regioni italiane. Tale dinamica, purché ampiamente attesa a seguito del cambiamento nell'assetto di governo complessivo del sistema, ha portato a soluzioni fortemente differenziate tra realtà e realtà rendendo sempre più difficoltoso un sistematico confronto tra i modelli e i loro conseguenti risultati. Questa diversità non solo ha reso difficile il lavoro dei ricercatori intenti a trovare modalità per catturare e sintetizzare queste variabilità di assetto in modelli spesso ideal-tipici, ma sta creando anche qualche problema operativo in termini di complessivo governo del sistema.

In questa sezione abbiamo tentato di confrontare i comportamenti delle diverse regioni nella consapevolezza che le forme organizzative e le scelte strutturali nei sistemi sanitari sono comunque uno dei fattori in grado di incidere sulle performance cliniche ed economiche dei sistemi che impattano, di conseguenza sulla salute dei cittadini.

In questa edizione Osservasalute ha posto l'attenzione su alcuni indicatori "strutturali" relativi alla composizione della struttura di offerta ospedaliera. In particolare si è scelto di confrontare l'incidenza delle strutture ospedaliere che – avendo un numero di posti letto inferiore ai 121, almeno sotto un profilo regolamentare, sono considerate non appropriate, in quanto non risponderebbero a criteri di efficienza ed efficacia date le loro dimensioni operative. L'analisi sulla struttura di offerta ospedaliera è proseguita confrontando la dimensione in termini di numero di posti letto delle diverse unità di offerta nelle diverse regioni. A questo indicatore è stato affiancato un indicatore di produttività, relativo alle dimissioni ospedaliere complessive.

Analogamente ad altre sezioni di Osservasalute, la riduzione degli indicatori comparativi analizzati, è stata accompagnata da un ampliamento dello spazio dedicato agli approfondimenti. In questa sezione gli approfondimenti hanno riguardato due ambiti. Il primo ambito è quello dei "modelli organizzativi" per il migliore coordinamento dell'assistenza erogata ai pazienti. Due approfondimenti rientrano in questo contesto. Nel primo caso l'attenzione è posta sui dipartimenti, micro-strutture il cui scopo è quello di coordinare e integrare l'assistenza negli ospedali. Nel secondo caso l'attenzione è riferita a modelli organizzativi tesi ad integrare il lavoro distribuito tra diversi settings assistenziali tra ospedale e territorio con particolare riferimento all'esperienza della regione Piemonte e della sua rete oncologica. Il modello dipartimentale, in particolare, è stato analizzato grazie all'indagine originale svolta dal Ministero della Salute (Direzione Generale della Programmazione Sanitaria) sulla diffusione di tale modello in Italia. Questa indagine, rispetto a tutte le altre precedentemente svolte, si caratterizza in quanto l'unità di osservazione prescelta non è l'Azienda Sanitaria che incorpora i dipartimenti, ma bensì il singolo dipartimento. L'indagine ha infatti permesso di censire ed analizzare l'assetto organizzativo interno di ben 1941 dipartimenti nelle aziende del Ssn.

Il secondo ambito su cui si concentra l'attenzione dei restanti approfondimenti riguarda due meccanismi operativi aziendali certamente innovativi. Il primo meccanismo analizzato è quello dell'*Information Technology*, il secondo riguarda il *Technology Assessment* nelle Aziende Sanitarie. Nel primo caso l'approfondimento, curato dal Cerismas, offre una sintesi delle evidenze prodotte nell'ambito del progetto Health-Net. Il secondo approfondimento propone i risultati definitivi dell'indagine svolta dal Network Italiano di Health Technology Assessment e coordinata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, riguardante la diffusione dell'HTA nelle Aziende Sanitarie del Ssn.

Un'ultima sezione offre una vista di sintesi delle principali evidenze presentate dal Rapporto OASI, Edizione 2005. L'attenzione, è posta, in questo caso, sui modelli istituzionali e sui modelli di governance nelle Aziende Sanitarie delle regioni italiane.

## La struttura delle Aziende Ospedaliere e dei Presidi Ospedalieri. Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto per alcune tipologie di reparto

**Significato.** L'indicatore vuole descrivere alcuni aspetti del sistema ospedaliero regionale: in primo luogo la ripartizione regionale dei posti letto tra Aziende Ospedaliere (AO) e Presidi Ospedalieri (PO) e la loro variazione in un biennio.

Le AO, in una struttura a rete, dovrebbero costituire i nodi centrali, mentre i piccoli PO dovrebbero fungere da nodi periferici; pertanto esse dovrebbero essere relativamente poche e grandi. Se invece il numero di AO fosse elevato e la loro dimensione media fosse non molto superiore a quella dei Presidi si configurerebbe, piuttosto, una situazione di competizione allar-

gata, tipica dei sistemi di competizione pubblica o mercati interni.

In secondo luogo si intende misurare l'importanza della ospedalità di piccole dimensioni (PO con meno di 121 posti letto), e quindi relativamente poco specializzata, nella struttura assistenziale regionale. Ciò viene fatto misurando sia il numero e il peso relativo dei loro posti letto rispetto al totale dei posti letto regionali; sia la presenza e l'ampiezza media dei principali reparti ospedalieri nelle piccole strutture ospedaliere pubbliche.

### *Aziende Ospedaliere*

Numero aziende

Numero medio di posti letto per azienda

### *Presidi Ospedalieri*

Numero presidi

Numero medio di posti letto per presidio

### *Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto*

Numeratore	Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l. nei quali è presente il reparto	
Denominatore	Presidi Ospedalieri regionali con meno di 121 p.l	x 100

Numeratore	Posti letto in Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l. per reparto	
Denominatore	Posti letto regionali in Presidi Ospedalieri con meno di 121 p.l	x 100

**Validità e limiti.** L'indicatore esprime valori medi regionali e quindi non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione (variabilità tanto più rilevante quanto maggiore è il numero e peso relativo dei piccoli ospedali). Inoltre non tiene conto del peso relativo dell'ospedalità accreditata. Esso risente dell'affidabilità dei dati forniti dalle singole regioni e delle differenti modalità di classificazione delle strutture da parte delle regioni (nel caso della Lombardia ciò è particolarmente evidente, poiché è avvenuto un grosso cambiamento di classificazione delle strutture dal 2002 al 2003).

Può anche risentire di comportamenti strategici, tesi a posizionare gli ospedali leggermente al di sopra della soglia critica dei 120 posti letto.

Vengono presi in considerazione i posti letto (“posti

letto attivi”) di degenza ordinaria e di *Day Hospital*, sebbene le tipologie d'uso degli stessi siano difformi: essendo comunque la presenza di *Day Hospital* limitata nelle piccole strutture ospedaliere, la lettura del dato non viene alterata.

Infine il dato dell'indicatore, nella fase relativa al focus sulla tipologia per reparto è vincolato alla fonte dei dati utilizzata che ad oggi non è stata ancora pubblicata con i dati del 2004.

Può essere inteso, soprattutto per quanto riguarda le variazioni nel corso del tempo, come un indicatore di differenti strategie di politica sanitaria.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il riferimento è il valore medio nazionale.

**Descrizione dei risultati**

Nella tabella 1 si nota, in generale, la stabilità del numero delle AO, mentre tendono a diminuire le dimensioni medie delle AO. Vi è una diminuzione nel numero dei PO, ma un lieve aumento delle dimensioni medie.

Per quanto riguarda le AO la loro diminuzione è di 6 unità su circa 107, cioè del 6% ma tale diminuzione è concentrata in Puglia (nel 2004 ha 4 AO in meno rispetto al 2002) e nelle Marche (nel 2004 ha 2 AO in meno rispetto al 2002). Quasi in tutte le regioni, inoltre, vi è una diminuzione della dimensione media delle AO, dato particolarmente evidente in Liguria e in Campania, mentre osserviamo, in controtendenza un aumento delle dimensioni medie nelle Marche e in Puglia che hanno evidentemente lasciato in attività solo le AO più grandi (tabella 1).

I Presidi diminuiscono di numero (-78 unità) e la loro dimensione media aumenta lievemente prevalentemente grazie alla forte concentrazione avvenuta in Veneto (+261 p.l.), Puglia (+163 p.l.), Emilia-Romagna (+114 p.l.), Lombardia (+29 p.l.) ed in Calabria (+21 p.l.) anche se l'andamento regionale non ha una tendenza univoca e le diminuzioni sono più frequenti degli aumenti.

In ogni caso la dimensione media delle AO risulta essere ancora tripla (660 p.l.) di quella dei PO (189 p.l.).

I Presidi con meno di 121 posti letto (tabella 2), sono in numero consistente prevalentemente al Sud ed in particolare nelle seguenti regioni: Sicilia (33), Calabria (26), Puglia (30), Campania (30), Lazio (30), Veneto (26). Analizzando, però, la composizione percentuale sul totale dei Presidi della regione, vediamo che la loro presenza è specialmente rilevante per Calabria (81%), la Provincia Autonoma di Trento (70%), Sicilia (67%), Marche (66%) e Campania (61%).

Non si individuano né netti gradienti geografici, né fattori dimensionali regionali che possano spiegare tale presenza di piccoli Presidi sul territorio. Esiste, tuttavia, una correlazione negativa (-0.59) tra quota di mercato pubblica (vedi indicatore "Composizione della spesa sanitaria per macro categorie" pag. 243) e numero di piccoli Presidi, ad indicare che regioni che puntano su una produzione diretta dei servizi ospedalieri hanno un minor numero di piccoli Presidi, ed una correzione positiva (0,65) con la dimensione media delle AO rispetto ai Presidi, espressa come rapporto tra rispettivo numero medio di posti letto, probabile indizio di funzionamento di una rete ospedaliera con nodo centrale una grande AO.

Venendo alla composizione dei piccoli Presidi Ospedalieri per reparto notiamo, rapportando il valore regionale a quello nazionale, che Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, assorbono da sole quasi

il 50% dei posti letto attivi in Medicina Generale, oltre il 50% in Ortopedia e Chirurgia Generale, oltre il 60% in Ostetricia e Ginecologia e oltre il 70% in Pediatria. La più dettagliata analisi per reparto relativa all'anno 2003 (tabella 3), mostra che i piccoli ospedali attivano i singoli reparti con modalità molto differenziate. Ad esempio, mentre in media nei piccoli ospedali il reparto di chirurgia generale è presente nel 67% dei casi, le regioni medio piccole tendono ad attivarlo più di frequente: è il caso della Provincia Autonoma di Bolzano, della Liguria, del Molise e della Basilicata, in cui esso è sempre presente. Simile ragionamento vale per il reparto di Medicina Generale (alle precedenti regioni si aggiunge anche l'Emilia-Romagna).

Il ragionamento cambia se invece andiamo a confrontare il dato regionale con quello nazionale nei reparti di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia: in Pediatria e Ostetricia-Ginecologia, a fronte di un valore nazionale rispettivamente del 39% e del 52% le regioni del Sud (con l'eccezione della Sardegna) hanno una maggiore presenza di tale reparto nei piccoli ospedali (sembra che a tale gradiente regionale si sovrapponga anche il fattore dimensionale): ciò configura questa tipologia di PO del Sud come istituti specializzati in parti e prima assistenza ai nati. Per quanto riguarda il reparto di Ortopedia non vi sono tendenze evidenti. Peculiare appare invece il caso del Piemonte, in cui i piccoli presidi sembrano essere prevalentemente ospedali "specializzati" in altre tipologie di assistenza sanitaria. La tabella 4, relativa ai posti letto, fornisce un altro dettaglio pur non variando sostanzialmente le conclusioni: vediamo confermata l'influenza dei fattori dimensionale e geografico e constatiamo alcune peculiarità (dovute in parte probabilmente ad una non perfetta omogeneità di classificazione). La Liguria, ad esempio, presenta ben il 68% dei propri posti letto totali nei piccoli presidi nel reparto di Ostetricia-Ginecologia (a fronte di un valore medio italiano del 10%), mentre non ne ha alcuno in Pediatria; le Marche, hanno il 48% dei propri posti letto in piccoli ospedali concentrati nella Medicina Generale (a fronte di un valore nazionale del 28%).

Un confronto dei dati rispetto al 2002 (Rapporto Osservasalute 2004, pag. 264-270), mostra che il numero di posti letto è in calo ovunque (stazionario solo in pediatria); esistono, però dati in controtendenza rispetto alla diminuzione generalizzata di posti letto: peculiare è il caso della Campania, della Sicilia e della Sardegna, che vedono aumentare i posti letto in tutte le specialità analizzate. La diminuzione di queste tipologie di PO c'è stata in Calabria e in Puglia. In Veneto, invece sembra che vi sia stata una riconversione di posti verso la Medicina Generale.

**Tabella 1 - Struttura delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri per regione - Anno 2002-2004**

Regioni	Aziende Ospedaliere				Presidi Ospedalieri			
	Numero di strutture	Variazione 2002-2004	Numero medio PL	Variazione 2002-2004	Numero di strutture	Variazione 2002-2004	Numero medio PL	Variazione 2002-2004
Piemonte	7	0	623,00	-38	30	2	257,63	1
Valle d'Aosta	0	0	0,00	0	1	0	421,00	-13
Lombardia	29	0	773,66	-69	2	-3	248,00	29
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,00</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>260,86</i>	<i>-15</i>
<i>Trento</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,00</i>	<i>0</i>	<i>11</i>	<i>-1</i>	<i>143,00</i>	<i>-4</i>
Veneto	2	0	1.589,00	-83	27	-39	469,22	261
Friuli-Venezia Giulia	4	0	630,75	-70	12	-1	111,75	-77
Liguria	3	0	771,00	-165	10	0	280,40	-55
Emilia-Romagna	5	0	986,40	-23	22	-10	394,86	114
Toscana	4	0	938,50	-78	35	-3	216,46	-26
Umbria	2	0	650,50	-29	9	0	145,11	-15
Marche	2	-2	601,50	285	29	-2	119,34	-10
Lazio	8	0	824,38	3	54	2	126,91	-40
Abruzzo	0	0	0,00	0	22	0	160,27	-63
Molise	0	0	0,00	0	6	0	196,33	-21
Campania	10	0	448,30	-142	54	3	110,63	-15
Puglia	2	-4	994,00	224	27	-28	300,37	163
Basilicata	2	0	414,50	-12	7	0	145,43	-69
Calabria	4	0	455,75	-25	32	0	117,38	21
Sicilia	20	0	408,35	-53	50	2	92,76	-17
Sardegna	3	0	244,00	-9	29	0	167,72	-10
<b>Italia</b>	<b>107</b>	<b>-6</b>	<b>659,98</b>	<b>-44</b>	<b>476</b>	<b>-78</b>	<b>188,67</b>	<b>10</b>

Aziende Ospedaliere: comprendono anche i Policlinici Universitari.

Presidi Ospedalieri: Istituti qualificati presidio di ASL, Ospedali a gestione diretta e Istituti Psichiatrici.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 2 - Presidi Ospedalieri con meno di 121 posti letto per regioni (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Presidi con meno di 121 posti letto	(%) rispetto al numero di Presidi regionali	Variazione 2003-2002
Piemonte	7	23	1
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3</i>	<i>43</i>	<i>0</i>
<i>Trento</i>	<i>7</i>	<i>70</i>	<i>0</i>
Veneto	26	41	1
Friuli-Venezia Giulia	5	42	0
Liguria	2	29	-1
Emilia-Romagna	4	18	-8
Toscana	11	34	0
Umbria	3	38	0
Marche	19	66	-1
Lazio	30	56	5
Abruzzo	7	33	0
Molise	1	17	-1
Campania	30	61	3
Puglia	30	49	1
Basilicata	2	33	0
Calabria	26	81	-1
Sicilia	33	67	3
Sardegna	14	48	1
<b>Italia</b>	<b>260</b>	<b>47</b>	<b>1</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: nostre elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 3 - Numero di PO con meno di 121 posti letto per tipologia di reparto e per regione (Valori assoluti e percentuali) rispetto al numero totale di PO con meno di 121 posti letto regionali – Anno 2003**

Regioni	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia		Ortopedia	
	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%	N. presidi	%
Piemonte	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	3	100	3	100	3	100	3	100	1	33
<i>Trento</i>	4	57	5	71	1	14	4	57	1	14
Veneto	9	35	12	46	5	19	8	31	9	35
Friuli-Venezia Giulia	2	40	3	60	0	0	0	0	2	40
Liguria	2	100	2	100	0	0	0	0	1	50
Emilia-Romagna	3	75	4	100	0	0	2	50	3	75
Toscana	8	73	8	73	3	27	5	45	5	45
Umbria	1	33	1	33	1	33	1	33	1	33
Marche	13	68	17	89	3	16	4	21	2	11
Lazio	14	47	19	63	5	17	10	33	10	33
Abruzzo	6	86	6	86	2	29	2	29	1	14
Molise	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Campania	27	90	28	93	20	67	23	77	19	63
Puglia	23	77	26	87	14	47	20	67	15	50
Basilicata	2	100	2	100	1	50	2	100	0	0
Calabria	20	77	24	92	14	54	15	58	9	35
Sicilia	28	85	27	82	24	73	27	82	18	55
Sardegna	9	64	9	64	4	29	7	50	4	29
<b>Italia</b>	<b>175</b>	<b>67</b>	<b>198</b>	<b>76</b>	<b>101</b>	<b>39</b>	<b>134</b>	<b>52</b>	<b>103</b>	<b>40</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

**Tabella 4 - Numero di posti letto nei PO con meno di 121 posti letto per tipologia di reparto e per regione (Valori assoluti e percentuali) rispetto al totale dei posti letto regionali nei PO con meno di 121 posti letto -Anno 2003**

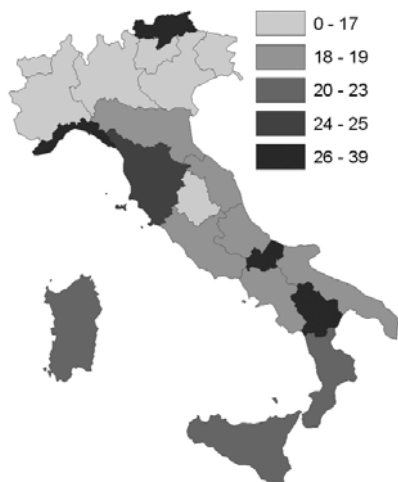
Regioni	Chirurgia Generale		Medicina Generale		Pediatria		Ostetricia e Ginecologia		Ortopedia	
	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%	N. posti letto	%
Piemonte	0	0	17	5	0	0	0	0	32	9
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	92	35	109	41	18	7	44	17	0	0
<i>Trento</i>	79	16	196	40	2	0	36	7	23	5
Veneto	142	7	323	16	37	2	0	0	203	10
Friuli-Venezia Giulia	57	17	123	36	0	0	0	0	21	6
Liguria	55	29	84	45	0	0	127	68	24	13
Emilia-Romagna	59	18	122	37	0	0	20	6	40	12
Toscana	170	25	295	43	12	2	45	7	62	9
Umbria	20	15	28	21	8	6	12	9	12	9
Marche	193	19	485	48	18	2	63	6	40	4
Lazio	303	18	480	28	32	2	131	8	128	7
Abruzzo	95	19	106	21	12	2	33	6	18	4
Molise	36	39	34	37	2	2	14	15	5	5
Campania	442	18	576	24	185	8	356	15	209	9
Puglia	457	19	633	27	145	6	355	15	248	10
Basilicata	40	31	51	39	7	5	32	25	0	0
Calabria	415	23	544	30	109	6	214	12	132	7
Sicilia	520	20	616	24	198	8	327	13	243	10
Sardegna	183	23	235	29	41	5	89	11	105	13
<b>Italia</b>	<b>3.358</b>	<b>18</b>	<b>5.057</b>	<b>28</b>	<b>826</b>	<b>5</b>	<b>1.898</b>	<b>10</b>	<b>1.545</b>	<b>9</b>

Posti letto attivi per degenze ordinarie e Day Hospital.

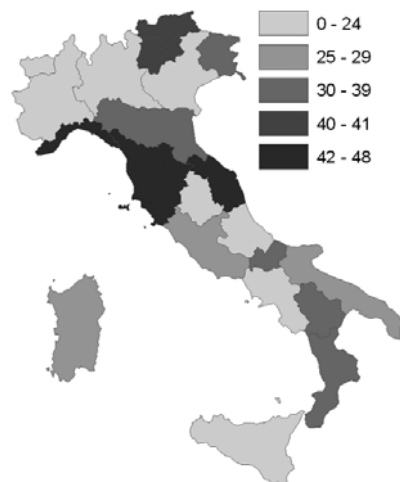
Nota: la somma delle percentuali non è pari a 100 per la mancanza di una colonna riferibile a tutti gli altri reparti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni dati Ministero della Salute e SIS. Anno 2006.

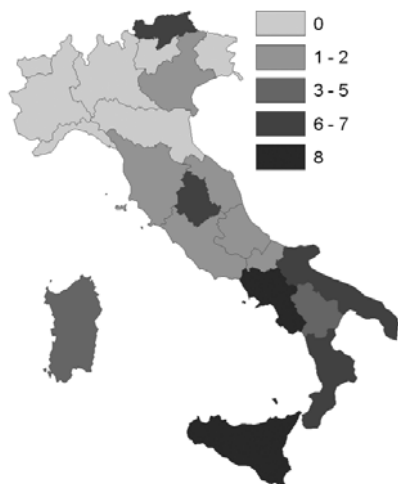
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Chirurgia Generale per regione. Anno 2003



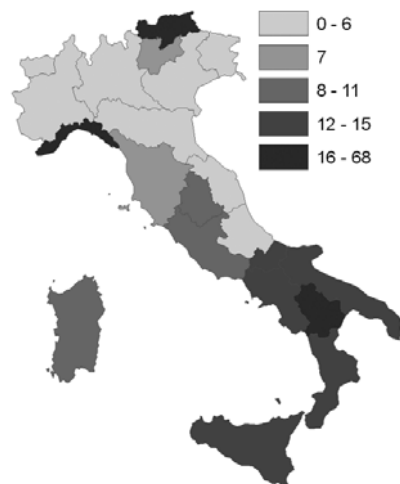
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Medicina Generale per regione. Anno 2003



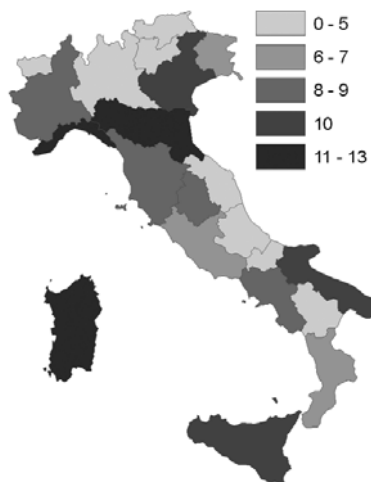
Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Pediatria per regione. Anno 2003



Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Ostetricia e Ginecologia per regione. Anno 2003



Percentuale di posti letto nei PO con meno di 121 posti nel reparto di Ortopedia per regione. Anno 2003



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

È auspicabile l'accorpamento di piccoli Presidi, ed in tale luce preoccupa soprattutto l'aumento dei posti letto in alcune regioni del Sud. C'è però da tenere presente, quanto affermato nel Piano Sanitario Nazionale e cioè che vi sia, soprattutto in campo pediatrico ed ostetrico una ipertrofia e una eccessiva frammentazione dell'offerta sul territorio, da affrontare anche mediante un rinnovamento della rete di trasporti in emergenza neonatale.

Vi è quindi la possibilità di attuare una riorganizzazione selettiva per reparto, all'interno dei piccoli ospedali, ricordando, però, che proprio il Sud, carente di infrastrutture viarie è quello dove tali reparti sono ipertrofici, e quindi tale ipertrofia è giustificata proprio dalle carenze strutturali nel campo dei trasporti. C'è infine da rilevare un leggero slittamento nell'"enfasi dimensionale" nella recente legge finanziaria (2006): i residui investimenti devono essere destinati ad interventi su presidi per acuti con almeno 250 posti letto, mentre resta il limite dimensionale a 120 posti letto nei presidi per lungodegenza e riabilitazione.

## Numero di posti letto ordinari e numero di dimessi negli istituti di cura pubblici, privati accreditati e privati non accreditati

**Significato.** L'assetto organizzativo e istituzionale dei sistemi sanitari delle diverse regioni si caratterizza, generalmente, per la rilevanza economica e organizzativa del livello dell'assistenza ospedaliera.

Ogni sistema, però, si caratterizza per diversi mix nella natura giuridica delle strutture ospedaliere e per la presenza di quote di posti letto che fanno riferimento a strutture non accreditate e che quindi non gravano in alcun modo sul bilancio della regione.

L'analisi del numero di posti letto per tipologia di istituto di cura (pubblici, privati accreditati e privati) per regione

ci da un'idea della struttura organizzativa offerta. Questi valori, per avere anche un'informazione relativa all'attività svolta da questi, affiancati ai dati delle degenze per ciascuna tipologia di istituto, ci danno un'informazione in più sulle strutture presenti in ogni regione, un'informazione di attività. Il settore ospedaliero è quello in cui negli ultimi anni ci sono stati cambiamenti più significativi, per cercare sempre più di razionalizzare le risorse: i maggiori cambiamenti si sono verificati rispetto al numero di strutture, di posti letto, e al passaggio di alcune tipologie di degenza da ordinaria a *Day Hospital*.

### Percentuale di posti letto per tipologia di istituto di cura

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura pubblici}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura privati accreditati}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Posti letto negli istituti di cura privati non accreditati}}{\text{Posti letto totali}} \times 100$

Denominatore

### Percentuale di dimessi per tipologia di istituto di cura

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura pubblici}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura privati accreditati}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Dimessi negli istituti di cura privati}}{\text{Dimessi totali}} \times 100$

Denominatore

**Validità e limiti.** L'indicatore nella sua articolazione mostra le scelte organizzative adottate dalla sanità pubblica e privata nelle diverse regioni.

Le informazioni sulla struttura e l'attività degli istituti di cura utilizzate sono elaborate dall'Istat a partire dai dati rilevati dal Ministero della Salute mediante appositi modelli di rilevazione (modelli Hsp) che rilevano informazioni sui dati anagrafici degli istituti di cura pubblici e privati, le caratteristiche organizzative, i posti letto ordinari e in Day Hospital, le apparecchiature tecnico biome-

diche di diagnosi e cura e i dati di attività dei reparti ospedalieri.

“Con l'espressione istituto di cura si indica una delle seguenti tipologie specifiche:

- Ospedale a gestione diretta, costituito in azienda ai sensi dell'art.4, commi 1 e 4 del Decreto legislativo 502/92 (vedi Azienda ospedaliera);
- Ospedale a gestione diretta, presidio della Asl;
- Policlinico universitario (art. 39 legge 833/78);
- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42



legge 833/78);

- Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, legge 132/68 (art. 41 legge 833/78);
- Casa di cura (provvisoriamente accreditata o non);
- Istituto sanitario privato qualificato presidio Asl (art. 43, comma 2, legge 833/78 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20/10/1988);
- Ente di ricerca (art. 40 legge 833/78)" (da Indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 - Anno 2006).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il valore di riferimento è quello dei 4,5 posti letto per 1.000 abitanti. È comunque possibile affiancare a questo benchmark "teorico" quello "empirico" definito come il valore medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

In generale il numero di posti letto ordinari continua a diminuire nel tempo (Istat 2006), soprattutto nel 2003; rispetto al 2002 si osserva una diminuzione del 5,5 %. La dotazione media per 1.000 abitanti di posti letto ordinari era 4,44 nel 2002, nel 2003 è di 4,16.

A livello regionale nel 2003, l'offerta più bassa c'è in Campania (3,03 posti letto per 1.000 abitanti), la regione con il valore più basso è il Lazio (5,37 per 1.000 abitanti). Questi dati andrebbero letti anche rispetto all'indicatore della composizione della spesa sanitaria per macro categorie (vedi pag. 243), da cui si possono desumere alcune scelte economiche-organizzative di alcune regioni italiane per la struttura di erogazione dei servizi di cure sanitarie (il mix di pubblico-privato).

Analizzando i dati presenti nelle tabelle 1 e 2 di questo indicatore, sempre nel 2003, la maggior parte delle regioni del Nord hanno un'offerta superiore alla media italiana. Per quanto riguarda la distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato, accreditato e non, è interessante osservare le grandi differenze che caratterizzano le regioni italiane in termini di incidenza percentuale. La regione in cui l'incidenza dei posti letto privati accreditati è più alta è la Campania con il 33,2% dei posti letto i cui ricoveri sono finanziati dal settore pubblico e gestiti dal privato accreditato. Tale quota rimane elevata e comunque sopra la media nazionale (19,9%): Calabria (31,5%), Lazio (30,2%), Sicilia (23,4%), Emilia-Romagna (23,2%), Lombardia (21,3%) e Sardegna (20,6%). È interessante constatare che la percentuale di posti letto privati rimane più alta nel Lazio, Campania, Calabria, Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia.

L'offerta di servizi ospedalieri privati non accreditati, rappresenta il 3,1% dell'offerta nazionale. Solo 4 regioni hanno una quota superiore al 5% della propria offerta complessiva di posti letto: Lazio (7,1%), Piemonte (6,3), Bolzano (5,5%) e la Puglia (5,3) che tra l'altro compare tra le regioni con una minore incidenza di privato accreditato. Sul fronte opposto troviamo regioni dove il ruolo del privato accreditato è pressoché inesistente: Liguria (1,8%),

Basilicata (3,2%) e Veneto (5,5%).

Interessante constatare che in Liguria a fronte di una quasi totale assenza del privato accreditato è più significativa la presenza di privato senza accreditamento (4,1%).

Guardando la tabella 3, relativa alle variazioni dei posti letto per gli anni 2001-2003, i valori sono molto diversi tra le regioni: per quanto riguarda i posti letto privati accreditati il valore va dalla variazione negativa più bassa della Calabria (-0,8 %), non considerando il valore della provincia autonoma di Trento a causa della mancanza di trasmissione di alcuni dati (vedi nota tabella 1), a quella più alta dell'Abruzzo (+12,8%). Per quanto riguarda la variazione della quota di posti letto ordinari degli istituti privati non accreditati il numero è rimasto quasi lo stesso (diminuzione a livello nazionale dello 0,2 %) in tutte le regioni a parte la regione Puglia che ha un aumento del 2 %.

Spostando l'attenzione sulle degenze, la loro distribuzione mostra significative variabilità evidentemente correlabili alla struttura d'offerta precedentemente analizzata. Le stesse regioni che hanno un numero di posti letto nel privato accreditato superiore alla media nazionale (vedi sopra) hanno una quota di dimissioni da tali ospedali al di sopra della media nazionale (15,4%). Tra le sette regioni precedentemente segnalate, fa eccezione l'Emilia-Romagna i cui dimessi da istituti privati accreditati è pari al 14,9%, sotto la media nazionale.

Si osserva inoltre che alla contrazione dell'offerta di posti letto ordinari corrisponde una significativa riduzione anche dei ricoveri in regime ordinario, che passano da 9,4 milioni circa nel 2000 a 8,4 milioni nel 2003. Il tasso di ospedalizzazione si è ridotto molto, passando da 163,5 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2000 a 146,5 nel 2003.

È interessante osservare che le quote di dimessi da ospedali privati accreditati sono sistematicamente inferiori, per tutte le regioni italiane, rispetto alla quota dei posti letto. Questo sembrerebbe segnalare un minore rapporto dimesso / posto letto del settore privato rispetto a quello pubblico. Evidentemente il mix nella tipologia di posti letto (tra acuti, riabilitazione e lungo-degenza) diverso tra i due contesti non permette di trarre conclusioni definitive rispetto alla produttività relativa dei due comparti.

In termini di dinamica complessiva della struttura del sistema di offerta nel periodo 2001-2003 si notano riduzioni degli istituti pubblici in termini assoluti (da 778 a 746) mentre è pressoché identico il numero degli istituti privati accreditati. I dimessi si sono ridotti in tutte le regioni tranne la Sardegna (+ 9.901). In sei regioni è aumentato il numero dei dimessi da istituti di cura privati accreditati: Piemonte, Bolzano, Emilia-Romagna, Abruzzo, Puglia, Sicilia. L'incremento tra il 2001 e il 2003 in Abruzzo è stato significativo con + 22.242 casi pari al 10,3 % in più rispetto al 2001. Ci sono forti differenze regionali del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario: valori molto bassi in Basilicata (103,9), Valle d'Aosta (114,3), provincia autonoma di Trento (116,6) e valori molto alti nella provincia autonoma di Bolzano (184,7), in Molise (180,1) e in Abruzzo (172,9) (Istat, 2006).

**Tabella 1 - Posti letto ordinari negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Posti Letto Istituti Privati				p.l. privati accreditati/ p.l. totali	Percentuali	
	p.l. pubblici	Accreditati	Non accreditati	p.l. totali		p.l. privati non accreditati/ p.l. totali	p.l. privati/ p.l. totali
Piemonte	13.738	3.690	1.170	18.598	19,8	6,3	26,1
Valle d'Aosta	425	0	0	425	0,0	0,0	0,0
Lombardia	29.947	8.357	1.013	39.317	21,3	2,6	23,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.937</i>	<i>304</i>	<i>131</i>	<i>2.372</i>	<i>12,8</i>	<i>5,5</i>	<i>18,3</i>
<i>Trento</i>	<i>1.811</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1.811</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	17.868	1.065	398	19.331	5,5	2,1	7,6
Friuli-Venezia Giulia	4.476	616	103	5.195	11,9	2,0	13,8
Liguria	5.402	102	234	5.738	1,8	4,1	5,9
Emilia-Romagna	14.260	4.392	270	18.922	23,2	1,4	24,6
Toscana	11.470	1.941	340	13.751	14,1	2,5	16,6
Umbria	2.555	219	19	2.793	7,8	0,7	8,5
Marche	4.758	776	88	5.622	13,8	1,6	15,4
Lazio	17.417	8.380	1.977	27.774	30,2	7,1	37,3
Abruzzo	4.202	954	30	5.186	18,4	0,6	19,0
Molise	1.431	183	1	1.615	11,3	0,1	11,4
Campania	11.180	5.788	447	17.415	33,2	2,6	35,8
Puglia	13.317	1.825	849	15.991	11,4	5,3	16,7
Basilicata	1.841	60	0	1.901	3,2	0,0	3,2
Calabria	6.874	3.167	18	10.059	31,5	0,2	31,7
Sicilia	14.216	4.377	109	18.702	23,4	0,6	24,0
Sardegna	5.671	1.509	157	7.337	20,6	2,1	22,7
<b>Italia</b>	<b>184.796</b>	<b>47.705</b>	<b>7.354</b>	<b>239.855</b>	<b>19,9</b>	<b>3,1</b>	<b>23,0</b>

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 . Anno 2006.

**Tabella 2 - Numero di degenze negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione (Valori assoluti e percentuali) - Anno 2003**

Regioni	Istituti pubblici	Numero delle degenze			privati accreditati/ totale	Percentuali	
		Accreditati	Non accreditati	Totale istituti		privati non accreditati/ totale	privati/ totale
Piemonte	428.628	72.094	12.816	513.538	14,0	2,5	16,5
Valle d'Aosta	13.889	0	0	13.889	0,0	0,0	0,0
Lombardia	1.105.658	298.386	18.123	1.422.167	21,0	1,3	22,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>78.628</i>	<i>4.322</i>	<i>3.779</i>	<i>86.729</i>	<i>5,0</i>	<i>4,4</i>	<i>9,3</i>
<i>Trento</i>	<i>56.801</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>56.801</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	592.175	32.295	1.810	626.280	5,2	0,3	5,4
Friuli-Venezia Giulia	137.860	11.779	604	150.243	7,8	0,4	8,2
Liguria	194.551	2.659	2.875	200.085	1,3	1,4	2,8
Emilia-Romagna	531.775	93.706	4.431	629.912	14,9	0,7	15,6
Toscana	430.466	32.116	5.074	467.656	6,9	1,1	8,0
Umbria	109.393	7.251	42	116.686	6,2	0,0	6,3
Marche	179.671	20.547	92	200.310	10,3	0,0	10,3
Lazio	660.458	139.431	38.791	838.680	16,6	4,6	21,3
Abruzzo	187.102	33.842	326	221.270	15,3	0,1	15,4
Molise	53.685	4.160	45	57.890	7,2	0,1	7,3
Campania	546.051	209.462	5.408	760.921	27,5	0,7	28,2
Puglia	594.913	70.853	15.015	680.781	10,4	2,2	12,6
Basilicata	60.099	1.913	0	62.012	3,1	0,0	3,1
Calabria	211.269	73.734	21	285.024	25,9	0,0	25,9
Sicilia	642.244	149.954	1.630	793.828	18,9	0,2	19,1
Sardegna	210.076	43.278	781	254.135	17,0	0,3	17,3
<b>Italia</b>	<b>7.025.392</b>	<b>1.301.782</b>	<b>111.663</b>	<b>8.438.837</b>	<b>15,4</b>	<b>1,3</b>	<b>16,7</b>

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003 - Anno 2006.

**Tabella 3 - Variazione del numero di posti letto ordinari negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione - Anni 2001-2003**

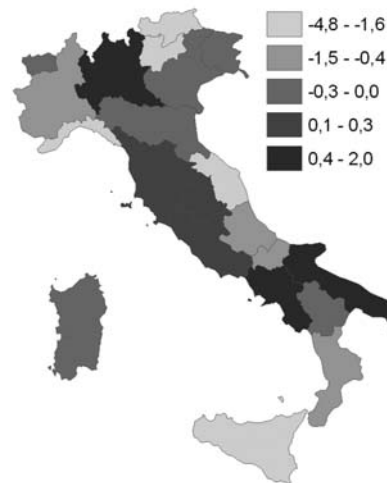
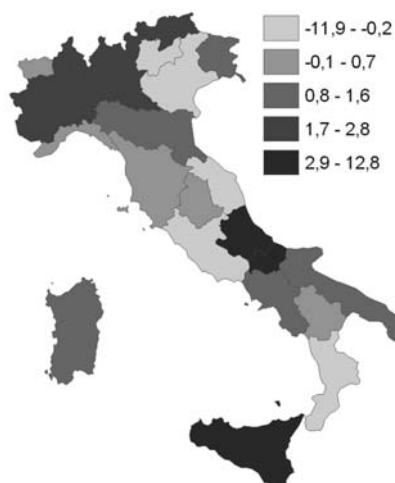
Regioni	Variazione p.l. istituti privati				Variazione percentuale		
	p.l. pubblici	Accreditati	Non accreditati	p.l. totali	p.l. privati accreditati/ p.l. totali	p.l. privati non accreditati/ p.l. totali	p.l. privati/ p.l. totali
Piemonte	-2.177	134	-236	-2.279	2,8	-0,4	2,4
Valle d'Aosta	-32	0	0	-32	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-4.152	-75	118	-4.109	1,8	0,5	2,4
Bolzano-Bozen	-72	45	-131	-158	2,6	-4,8	-2,3
Trento	-301	-300	-101	-702	-11,9	-4,0	-16,0
Veneto	-1.474	-141	-51	-1.666	-0,2	-0,1	-0,3
Friuli-Venezia Giulia	-684	8	-30	-706	1,6	-0,3	1,3
Liguria	-2.127	-15	-231	-2.373	0,3	-1,7	-1,3
Emilia-Romagna	-523	221	-70	-372	1,6	-0,3	1,3
Toscana	-1.512	-184	12	-1.684	0,3	0,3	0,7
Umbria	-331	-5	1	-335	0,7	0,1	0,8
Marche	-941	-203	-131	-1.275	-0,4	-1,6	-2,0
Lazio	-1.334	-850	-93	-2.277	-0,5	0,2	-0,3
Abruzzo	-669	660	-47	-56	12,8	-0,9	11,9
Molise	46	90	-15	121	5,1	-1,0	4,1
Campania	-2.368	-667	15	-3.020	1,6	0,5	2,1
Puglia	-1.435	26	274	-1.135	0,9	2,0	2,9
Basilicata	-546	0	0	-546	0,7	0,0	0,7
Calabria	59	-118	-53	-112	-0,8	-0,5	-1,3
Sicilia	-642	716	-450	-376	4,2	-2,3	1,9
Sardegna	-293	25	-6	-274	1,1	0,0	1,1
Italia	-21.508	-633	-1.225	-23.366	1,5	-0,2	1,3

Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

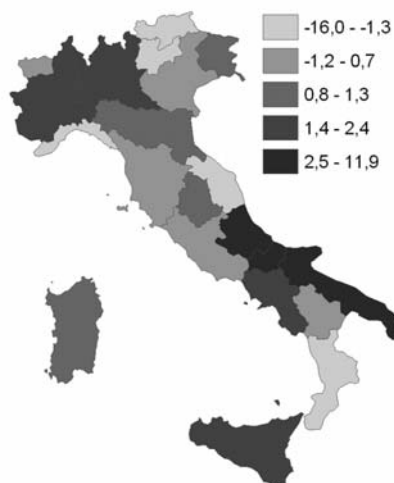
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003. Anno 2006.

Variazione percentuale dei p.l. privati accreditati/p.l. totali. Anni 2001-2003

Variazione percentuale dei p.l. privati non accreditati/p.l. totali. Anni 2001-2003



Variazione percentuale dei p.l. privati/p.l. totali. Anni 2001-2003



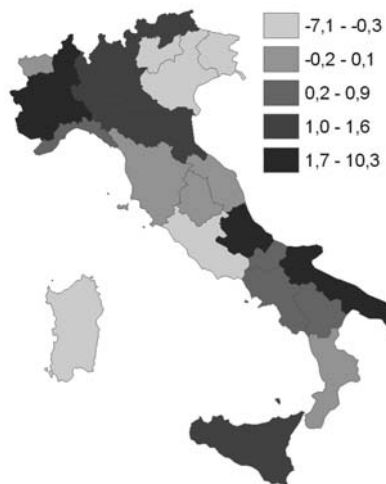
**Tabella 4 -** *Variazione del numero di degenze negli istituti di cura pubblici, privati accreditati, privati non accreditati e privati per regione - Anni 2001-2003*

Regioni	Variazione numero delle degenze				Variazione Percentuale		
	Istituti pubblici	Accreditati	Non accreditati	Totale istituti	privati accreditati/ totale	privati non accreditati/ totale	privati/ totale
Piemonte	-73.321	8.831	-3.666	-68.156	3,2	-0,3	2,8
Valle d'Aosta	-1.374	0	0	-1.374	0,0	0,0	0,0
Lombardia	-147.727	-11.219	-1.957	-160.903	1,4	0,0	1,4
Bolzano-Bozen	-5.773	1.036	-348	-5.085	1,4	-0,1	1,3
Trento	-9.934	-5.115	-189	-15.238	-7,1	-0,3	-7,4
Veneto	-55.793	-5.588	-380	-61.761	-0,3	0,0	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	-15.602	-3.617	-141	-19.360	-1,2	0,0	-1,3
Liguria	-83.453	-540	-4.128	-88.121	0,2	-1,0	-0,8
Emilia-Romagna	-17.372	8.686	-1.401	-10.087	1,6	-0,2	1,4
Toscana	-60.796	-4.236	-1.171	-66.203	0,1	-0,1	0,0
Umbria	-13.307	-680	-5	-13.992	0,1	0,0	0,1
Marche	-34.633	-4.451	-183	-39.267	-0,2	-0,1	-0,2
Lazio	-34.135	-18.238	-3.418	-55.791	-1,0	-0,1	-1,1
Abruzzo	-35.084	22.242	213	-12.629	10,3	0,1	10,4
Molise	-6.672	-339	-70	-7.081	0,3	-0,1	0,2
Campania	-104.273	-29.573	-1.340	-135.186	0,9	0,0	0,8
Puglia	-105.166	5.469	2.989	-96.708	2,0	0,7	2,7
Basilicata	-26.487	-185	0	-26.672	0,7	0,0	0,7
Calabria	-36.601	-13.622	-1.726	-51.949	-0,1	-0,5	-0,6
Sicilia	-43.022	2.909	-12.727	-52.840	1,5	-1,5	0,0
Sardegna	12.116	-2.159	-56	9.901	-1,6	0,0	-1,6
Italia	-898.409	-50.389	-29.704	-978.502	1,1	-0,2	0,9

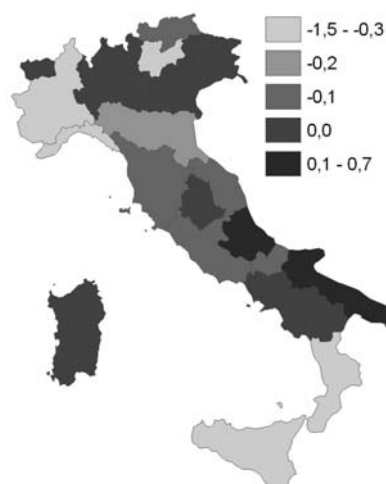
Gli istituti privati della provincia autonoma di Trento non hanno trasmesso i dati relativi ai posti letto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati indagine Istat – Struttura e attività degli istituti di cura del 2001-2003. Anno 2006.

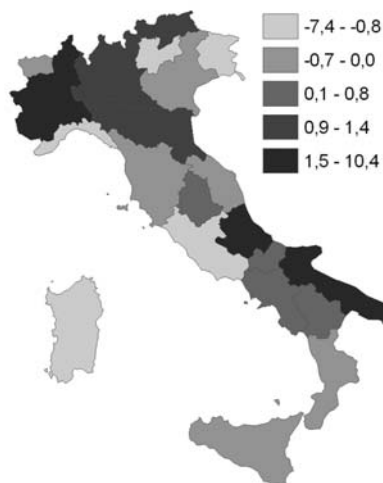
Variazione percentuale degli istituti privati accreditati/totale. Anni 2001-2003



Variazione percentuale degli istituti privati non accreditati/totale. Anni 2001-2003



Variazione percentuale degli istituti privati/totale. Anni 2001-2003



### Confronto internazionale

Ad un primo sguardo dei dati internazionali sul numero dei posti letto ordinari per 100 abitanti, e al di là delle differenze regionali esistenti in Italia, si nota che a livello nazionale l'Italia, si trova in una posizione simile a quel-

la di Regno Unito, Danimarca, Irlanda ed Olanda. È evidente il trend comune, alla maggior parte dei paesi elencati in tabella 5, di diminuzione dei posti letto dal 2001 al 2004 (il Portogallo, la Norvegia e il Lussemburgo hanno un valore costante).

**Tabella 5 - Tasso di posti letto ordinari in alcuni Paesi (tassi per 1.000 abitanti) – Anni 2001-2004**

Paesi	2001	2002	2003	2004
Austria	8,5	8,4	8,3	7,7
Belgio	7,0	6,9	6,8	6,8
Danimarca	4,2	4,1	4,0	n.d.
Finlandia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Francia	7,9	7,8	7,7	7,5
Germania	9,0	8,9	8,7	8,6
Grecia	4,8	4,7	n.d.	n.d.
Islanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	4,5	4,4	4,3	4,2
Italia	4,6	4,4	4,2	n.d.
Lussemburgo	6,9	6,8	6,8	6,7
Olanda	5,0	4,9	4,8	n.d.
Norvegia	3,8	3,8	3,8	3,7
Portogallo	3,7	3,6	3,6	3,7
Spagna	3,6	3,5	3,4	n.d.
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	4,2	4,2	4,1	4,1
Stati Uniti	3,5	3,4	3,3	3,3

I paesi rappresentati (ad eccezione degli Stati Uniti) appartengono all'Area Economica Europea (EFTA).

Dati non disponibili per Finlandia, Islanda e Svezia.

Dati dell'Austria per il 2004 sono un'interruzione di una serie.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Eco-Salute OCSE. Anno 2006.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La situazione nazionale mostra una estrema variabilità nella dotazione dei posti letto nelle diverse regioni, anche se non è possibile identificare un gradiente Nord-Sud. La modulazione del numero dei posti letto (ordinari o Day Hospital) dovrebbe essere il frutto di una dettagliata analisi del fabbisogno. Anche il ricorso a benchmark standard (es. il tasso di 4,5 p.l. per 1.000 abitanti) dovrebbe essere sistematicamente posto sotto revisione a livello locale al fine di identificare il reale fabbisogno in termini di offerta di servizi ospedalieri. È evidente, inoltre, che la standardizzazione del volume dell'offerta non ha senso se non si definiscono degli standard di efficienza nell'uso dei posti letto (ricorrendo all'analisi congiunta dell'indice di rotazione, del tasso di occupazione e della degenza media). Tale analisi di efficienza dovrebbe essere accompagnata dall'identificazione di set di indicatori standard per l'analisi dell'appropriatezza dell'uso dei posti letto. Per quanto riguarda invece il mix nell'offerta in relazione alla natura giuridica e al regime di accreditamento, nessuna raccomandazione può essere formulata: non esiste evidenza circa la presenza di un corretto equilibrio tra pubblico e privato, accreditato e non accreditato. In qualche modo lo stesso concetto di accreditamento adottato nel nostro paese, in quasi tutte le regioni, tenderebbe ad uniformare sotto medesime regole di comportamento settore pubblico e settore privato.

Per ottenere dalla rete ospedaliera la massima efficienza ed efficacia, indipendentemente dal mix nella natura giuridica delle strutture di erogazione, è raccomandabile por-

re attenzione estrema all'applicazione dei meccanismi di accreditamento individuando modalità che garantiscano una corrispondenza tra diversi livelli di accreditamento (standard di qualità) e diversi livelli di finanziamento (tariffe differenziate). Questo potrebbe generare in tutti i contesti un incentivo al miglioramento della qualità di conformità quale via all'accesso a fonti di finanziamento aggiuntive, premiando quindi impegno ed eccellenza. Non è facile individuare i *driver* dei comportamenti delle regioni italiane in questo ambito. Certamente le considerazioni di carattere tecnico-sanitario si intrecciano con valutazioni di carattere economico ma anche di carattere politico che, in alcuni casi, possono rispecchiare diversi approcci ideologici al governo del sistema sanitario. Certamente anche la dinamica dei posti letto dovrebbe derivare da valutazioni di fabbisogno le cui tecniche sono disponibili ed ampiamente utilizzate in diversi paesi con diverse metodologie (es. il Certificate of Need del NHS Inglese). Per quanto riguarda l'articolazione della natura giuridica delle strutture a cui i posti letto sono accreditati, questa evidentemente è legata a molti fattori; l'attuale distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato nelle diverse regioni rispecchia tradizioni e usi che vengono da molto lontano e sono radicati in costumi sociali molto differenti. In quelle regioni, dove il principio di sussidiarietà orizzontale è tradizionalmente forte e radicato nella società (es. Veneto), la presenza del privato in sanità assume significati diversi rispetto ad altre regioni (es. Sicilia o Campania).

## L'aziendalizzazione della sanità nei Rapporti OASI

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Elena Cantù

### Contesto

L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta attraversando una fase per molti versi paradossale: in parte può considerarsi ormai acquisita (chi contesta più il fatto che le strutture sanitarie debbano essere efficaci ed efficienti?), ma sempre più spesso è messa sotto accusa e costretta a fronteggiare significativi fenomeni di riflusso e di rigetto. I Rapporti OASI evidenziano come il problema non sia 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 e soprattutto la loro effettiva capacità di incidere sui processi decisionali.

OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane) 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. Al riguardo pare opportuno richiamare alcuni elementi distintivi di tale impostazione.

Primo, la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro è composto da aziende sia pubbliche che private) è definita non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende quindi dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende. Dal punto di vista normativo, analogamente, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna imporre comportamenti uniformi: bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.

Secondo, l'aziendalizzazione va intesa non come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei «profitti». È invece un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (*stakeholder*) utilizzando al meglio le risorse a disposizione.

Terzo, la teoria aziendale si fonda su alcune proposizioni generali che valgono per tutte le classi di aziende, ma che vanno poi declinate in concetti e strumenti propri delle singole classi. Logiche e metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possono quindi essere acriticamente trasferiti alle aziende sanitarie.

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 sei Rapporti Annuali (dal 2000 al 2005); il settimo (Rapporto 2006) è in corso di pubblicazione. Questo approfondimento riassume i principali risultati del Rapporto 2005, integrandoli con alcune anticipazioni del Rapporto 2006.

### Metodi

Il Rapporto OASI è tipicamente articolato in cinque sezioni, ciascuna composta da più capitoli. La prima sezione (il quadro di riferimento) presenta un complesso di indicatori relativi alla struttura, alle risorse e all'attività del Servizio Sanitario Nazionale e dei singoli Servizi Sanitari Regionali. La seconda (i sistemi sanitari regionali) analizza le principali politiche regionali. Le altre tre (gli assetti istituzionali, l'organizzazione, la 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 ed 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 e discussione

I più recenti Rapporti OASI evidenziano alcune caratteristiche e tendenze di fondo, che vengono illustrate nel seguito del paragrafo.

### *Permanente dinamicità del sistema*

Il SSN continua a mostrare un elevato tasso di innovazione manageriale. Nonostante le incertezze e le contraddizioni del quadro normativo, continuano infatti la ricerca e la sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali. Naturalmente il tasso di innovazione è diverso tra regioni e anche tra aziende della stessa regione. È però significativo che, nei Rapporti OASI, gli studi di casi presentino le esperienze innovative di un'ampia gamma di aziende.

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

Nel sistema resta centrale la preoccupazione per l'equilibrio economico-finanziario. Si cominciano però a cogliere alcuni segnali di controtendenza.

Da un lato, per inerzia o per scelta, le risorse finanziarie dedicate alla sanità continuano a crescere in misura superiore sia a quanto previsto nell'accordo Stato-Regioni del 2001, sia all'economia nel suo complesso. Dall'altro, negli strumenti di gestione regionali e aziendali stanno riacquistando visibilità le dimensioni di performance diverse dai risultati economico-finanziari quali efficacia, qualità, appropriatezza: nei PSR la valutazione delle performance aziendali fa prevalente riferimento a indicatori epidemiologici e di *outcome*; nelle aziende si diffondono i sistemi di governo clinico e di *balanced scorecard*; nelle cure primarie i sistemi di programmazione e controllo sembrano basarsi su un insieme equilibrato di obiettivi, che includono i consumi di prestazioni, ma anche gli esiti e il grado di partecipazione a iniziative aziendali e di confronto tra pari.

Particolarmente rilevante in questo contesto appare l'utilizzo del governo clinico come occasione per ricucire il rapporto tra manager e professionisti. Il governo clinico non sembra infatti proporre un portafoglio di strumenti del tutto estranei ai sistemi operativi finora adottati dalle aziende sanitarie (per esempio *budgeting* e *reporting*). Piuttosto rilegge e arricchisce tali strumenti in ottica più strettamente sanitaria (per esempio introducendo indicatori di qualità clinica), proponendo così un nuovo e diverso equilibrio tra obiettivi di efficacia e appropriatezza da un lato, efficienza e contenimento dei costi dall'altro. Un contributo importante al rafforzamento dei rapporti tra manager e professionisti potrebbe inoltre derivare sia dal rinnovato interesse per la strategia, sia dall'attenzione verso l'analisi e la riprogettazione dei processi aziendali. La strategia dovrebbe permettere di coinvolgere i professionisti sanitari (almeno quelli in posizioni apicali) nella lettura del contesto di riferimento, nella condivisione della necessità di cambiare, nella definizione della direzione del cambiamento. L'analisi delle operazioni aziendali attraverso la chiave di lettura dei processi potrebbe, invece, mostrare come la dimensione tecnico-sanitaria e quella organizzativa rappresentino in realtà due facce inscindibili della stessa medaglia.

### *Ingegneria istituzionale*

Le regioni, in quanto «capogruppo» del SSR, devono svolgere un complesso di funzioni tra cui: individuare le aziende pubbliche (tipicamente ASL e AO) che compongono il gruppo; ridisegnare il proprio apparato amministrativo, anche attraverso l'eventuale istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale; tracciare le politiche e le regole complessive del sistema attraverso la definizione dei Piani Sanitari Regionali, dei sistemi di programmazione e controllo di gruppo, dei sistemi di finanziamento della spesa corrente e degli investimenti, dei sistemi di accreditamento istituzionale; tracciare le politiche di governo in specifici ambiti di attività (medicina generale, assistenza farmaceutica ecc.); definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi ecc.); progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende.

Rispetto all'individuazione delle aziende, è innanzi tutto significativa l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle ASL e delle AO, che condiziona tra l'altro il numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e quindi l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La tabella 1 evidenzia inoltre come, a partire dal 2002, si siano intensificati gli interventi di ingegneria istituzionale in una triplice accezione: accorpamenti e scorpori di ASL e AO; introduzione di nuovi soggetti giuridici (fondazioni, società della salute, enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, società miste pubblico-privato); interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di quadrante, macro area, area vasta). Pur nelle loro forti specificità, tali interventi:

- non mettono in discussione la funzione pubblica di tutela della salute. Anzi, quando ricercano forme di collaborazione con il privato, per coglierne benefici finanziari e gestionali, mantengono un forte presidio pubblico delle strutture;
- sono dominati da logiche collaborative e di rete, per la ricerca di economie di scala (soprattutto sul versante amministrativo) e di sinergie tra unità progressivamente specializzatesi e quindi potenzialmente complementa-



ri (soprattutto sul versante clinico);

- confermano la volontà di attribuire un ruolo più significativo agli enti locali: promotori e soci delle fondazioni ospedaliere lombarde; membri delle società della salute toscane; committenti delle prestazioni sanitarie per i propri residenti attraverso i distretti. Emerge però l'insanabile contraddizione tra il desiderio di recuperare un ruolo per gli enti locali e la responsabilità economico-finanziaria della regione, che «paga» e quindi vuole mantenere le prerogative di governo.

**Tabella 1 - Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende - Anni 2002-2006**

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 dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette) e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'Università	Costituzione di quattro aree di coordinamento sovrazonale con compiti gestionali interaziendali al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività
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)	Istituzione di una Fondazione in cui vengono incorporati l'IRCCS pubblico «Ospedale Maggiore di Milano» e l'AO «Istituti Clinici di Perfezionamento». 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. Trasformazione in Fondazione (ex art. 2/2 Dlgs 288/03) di tre IRCCS di diritto pubblico (Besta di Milano, Istituto dei Tumori di Milano, San Matteo di Pavia)	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Veneto			Accentramento di alcuni servizi amministrativi a livello regionale o di «Area Vasta»
Friuli-Venezia Giulia		Trasformazione dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi - CSC) Accorpamento dell'AO e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO universitaria integrata con l'Università di Udine	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
Emilia-Romagna	Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna (2003)	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Policlinico di Modena, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università	Individuazione di tre «macro-aree», 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

**Tabella 1 - (segue) Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende - Anni 2002-2006**

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Toscana		Istituzione di tre «Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV) - Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est. Avvio di 18 Società della Salute. Trasformazione delle AO Careggi, Pisana, Senese e Meyer in AO integrate con l'Università	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'accentramento dei servizi logistici e amministrativi
Lazio		Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università	
Molise	Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (2005)		
Campania		Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS Pascale in fondazione	
Puglia	Soppressione di 4 AO con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL (2002)	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'Università	
Calabria		Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università	
Sicilia		Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN	

Fonte dei dati e anno di riferimento: OASI. Anno 2006.

Quanto alla nomina degli organi di direzione di massimo livello, si confermano le difficoltà legate alla breve durata effettiva del mandato dei direttori generali (nel periodo 1996-2006 la media nazionale è stata di 3 anni e 6 mesi, con medie regionali <3 anni per Lazio, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta e addirittura <2 anni in Calabria) e all'occasionalità della nomina (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).

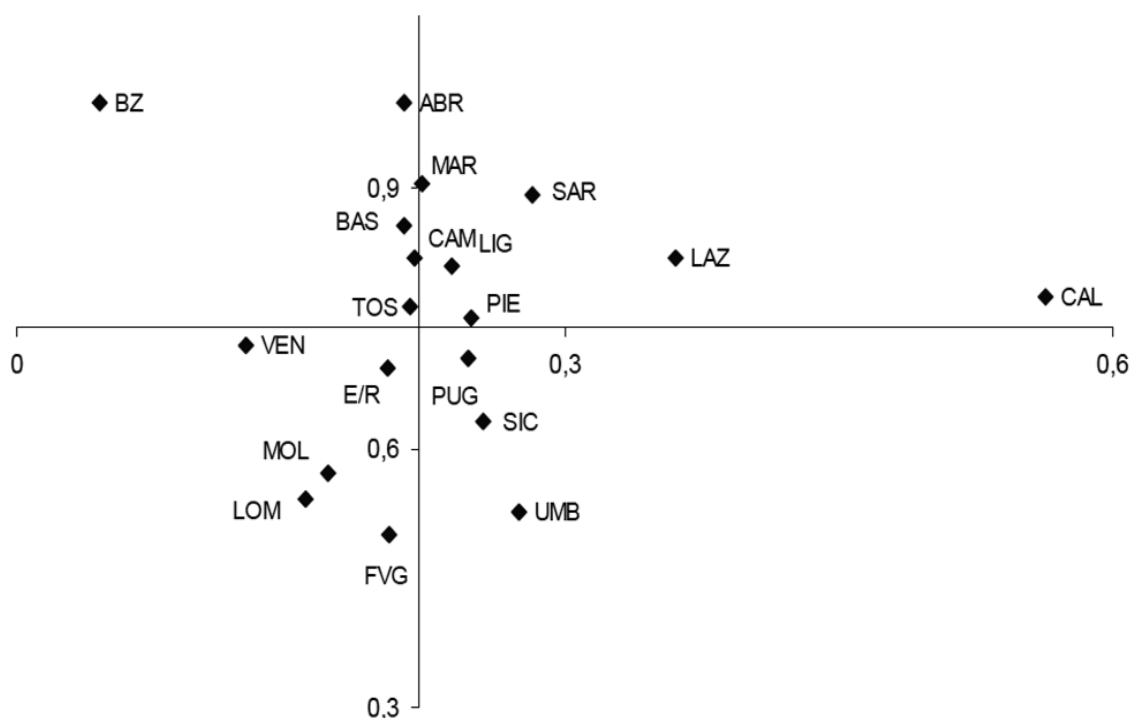
### Regionalizzazione

Il SSN manifesta caratteri sempre più spiccati di regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione inter-regionale e di accentramento a livello regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative.

Entrambi gli aspetti sono evidenti nelle iniziative di ingegneria istituzionale sopra descritte. Nei Rapporti OASI, la differenziazione interregionale emerge inoltre in modo evidente:

- nei livelli e mix di servizi erogati, nella capacità di soddisfare i bisogni dei cittadini (come espressa per esempio dalla mobilità interregionale), nei risultati economico-finanziari e nelle loro determinanti, nelle misure di copertura dei disavanzi. È peraltro significativo come, nella contrapposizione tra SSR che privilegiano la produzione interna da parte delle aziende pubbliche e SSR che affidano quote significative di produzione a soggetti esterni tramite contratti e convenzioni, non emerga una chiara superiorità di un modello sull'altro, almeno sotto il profilo economico-finanziario;
- nelle finalità dei PSR e nei loro aspetti formali e strutturali;
- nei contenuti e nel livello di dettaglio delle indicazioni regionali sugli assetti organizzativi delle aziende;
- nei contenuti degli accordi regionali per la medicina generale;
- nella diversa propensione della regione a sostituire con frequenza i DG e, quando ciò accade, ad assegnare i nuovi incarichi a persone esterne o a far ruotare i DG tra le diverse aziende. Nel grafico 1, questi aspetti sono sintetizzati rispettivamente dagli indici di instabilità (asse x) e di apertura (asse y)<sup>1</sup>.

**Grafico 1 - Matrice di mobilità dei Direttori Generali - Anni 1996-2006**



Fonte dei dati e anno di riferimento: OASI. Anno 2006.

Cominciano però a manifestarsi richieste di un recupero di omogeneità a livello nazionale, per esempio sui temi dell'accreditamento e della normativa contabile. Sta maturando, in altri termini, la convinzione che la regionalizzazione abbia comportato in alcuni casi diseconomie di scala ed eterogeneità evitabili. Rispetto all'accreditamento, in particolare, il sistema italiano si colloca in una posizione capovolta rispetto agli approcci più diffusi a livello internazionale, che vedono solitamente il livello di governo locale coinvolto nella predisposizione e nel controllo dei requisiti di acces-

<sup>1</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 1996-2006 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.

so essenziali e cogenti (autorizzazione), mentre un'entità unica per tutto il paese è competente in tema di requisiti di qualità organizzativa (accreditamento). In Italia, inoltre, l'accreditamento si è progressivamente trasformato nello strumento operativo per limitare l'offerta di prestazioni, lasciando in secondo piano la finalità di miglioramento qualitativo delle prestazioni stesse. Sui temi dell'accreditamento e della qualità i Rapporti OASI rilevano una chiara ricerca di convergenza, seppur tramite movimenti «dal basso» anziché da parte di Stato e/o regioni, quindi attraverso processi non governati da una visione di insieme su base nazionale.

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

Malgrado il graduale accentramento regionale, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia. Questo è evidente nella configurazione degli assetti istituzionali (differenziati anche all'interno delle medesime regioni), degli assetti organizzativi (rispetto ai quali le linee guida regionali si mantengono su un piano abbastanza generale), degli strumenti gestionali.

Il dato è particolarmente significativo perché conferma come molte variabili chiave restino sotto il controllo delle singole aziende e il loro efficace utilizzo continui a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse.

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

Come accennato all'inizio di questo paragrafo, i Rapporti OASI evidenziano l'elevato tasso di innovazione manageriale che continua a caratterizzare il SSN e che ha comportato un ampliamento delle soluzioni gestionali adottate dalle aziende: équipe territoriali e unità territoriali di assistenza primaria per la medicina generale, soluzioni innovative per il reperimento delle risorse umane (lavoro interinale per il personale infermieristico), finanziarie e strumentali (leasing, fondazioni di partecipazione pubblico-privato), sistemi di valutazione esterna della qualità, sistemi Erp.

In alcuni casi le aziende sanitarie si sono inoltre dimostrate sufficientemente mature da tornare sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace: per esempio il modello dipartimentale viene rafforzato tramite l'introduzione di ruoli di integrazione in staff alla direzione dipartimentale (business manager, responsabile infermieristico, responsabile dei servizi sanitari); l'introduzione dei sistemi Erp viene accompagnata dai necessari interventi sui processi organizzativi; alla riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi sanitari si aggiunge quella dei servizi di supporto non sanitari; i sistemi di programmazione e controllo iniziano a incorporare le logiche del governo clinico.

I più recenti Rapporti OASI colgono alcuni segnali positivi anche dalle regioni, di cui in passato si era criticato il limitato grado di adozione di logiche e tecniche manageriali, quindi l'incapacità di svolgere efficacemente il ruolo di «capogruppo» del SSR. Si possono citare in particolare la rinnovata attenzione verso la formulazione dei piani sanitari (soltanto una regione non ha prodotto un Piano Sanitario Regionale negli ultimi 10 anni e 15 hanno emanato un piano negli ultimi cinque); la promozione di forme innovative di organizzazione delle cure primarie (ospedali di comunità in Calabria e Friuli-Venezia Giulia, nuclei delle cure primarie in Emilia-Romagna, équipe territoriali in Toscana e in Umbria, reti integrate dei servizi in Valle d'Aosta, collaborazioni multiprofessionali in Veneto, reti per le cure primarie in Lombardia) e di logiche e strategie di rete nei servizi ospedalieri (14 regioni ne propongono l'introduzione); l'organizzazione di incontri per la presentazione delle migliori esperienze aziendali.

#### *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 (con particolare riferimento alle UO cliniche ospedaliere) e di gestione della quota variabile delle retribuzioni. Questi strumenti hanno avuto un ruolo decisivo nello sviluppo delle capacità manageriali, ma hanno anche subito un sovraccarico di finalità. Come evidenziato al punto precedente, oggi le aziende stanno invece differenziando e arricchendo il portafoglio degli strumenti manageriali, correlandoli a specifici fabbisogni di governo.

#### *Limitato impiego degli strumenti*

Come limite fondamentale, i Rapporti OASI mettono in luce come non sempre vi sia corrispondenza tra la presenza formale dei sistemi di gestione e la loro effettiva utilizzazione per migliorare le decisioni e le operazioni aziendali. Il vero problema resta infatti la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con l'innovazione manageriale si vogliono raggiungere. Qui il quadro non è totalmente negativo, ma certo più variegato. Così il leasing immobiliare, che pure è frutto di espliciti processi decisionali regionali e aziendali e sembra aver prodotto benefici effettivi, rappresenta spesso per le aziende una scelta obbligata. Gli affinamenti della conta-

bilità analitica, pur apprezzabili sotto il profilo tecnico, sono spesso prevalentemente dettati dalle esigenze dei livelli istituzionali sovraordinati e/o insufficientemente correlati a specifiche finalità aziendali. La struttura organizzativa dell'area amministrativa continua a riflettere fattori esogeni (imposti dai livelli istituzionali superiori) ed endogeni (derivati dalle scelte storiche dell'azienda e/o dai ruoli delle persone) più che i principi della razionalità e della valorizzazione del personale coinvolto. Il ricorso al lavoro interinale è spesso dominato da una logica elusiva (aggirare i vincoli nazionali e regionali sulle assunzioni) e/o contingente (tamponare le carenze di personale). I sistemi di valutazione esterna della qualità rischiano di concretizzarsi in un panorama

ridondante e poco incisivo, con modelli che si propongono e sovrappongono in modi confusi se non conflittuali. I sistemi di programmazione e controllo delle cure primarie sono indeboliti dall'inadeguato sviluppo della fase di controllo rispetto a quella di programmazione e, proprio laddove appaiono più evoluti, dalla scarsa comprensione dei meccanismi operativi da parte della componente medica. Anche i nuovi modelli organizzativi previsti dall'accordo collettivo nazionale per la medicina generale potrebbero rispondere a una pericolosa «logica del rilancio» nella quale, visto che soluzioni più semplici (per esempio l'associazionismo medico) stentano a decollare, si propone l'introduzione di strumenti più avanzati.

Lo stesso vale a livello regionale. I PSR, per esempio, giungono alla definizione degli obiettivi, ma generalmente non affrontano in modo sistematico il raccordo tra piani d'azione, investimenti e politiche economico-finanziarie, non identificano un sistema di indicatori di verifica di attuazione del piano, non riportano una valutazione a consuntivo dei PSR precedenti. Sempre sul versante delle criticità, infine, va segnalato l'insufficiente grado di maturità e consolidamento che sembra spesso caratterizzare anche gli strumenti più spiccatamente tecnici, come testimoniato dalle profonde incongruenze tra bilanci aziendali e consolidati regionali.

### **Conclusioni**

In estrema sintesi, i Rapporti OASI presentano un sistema dinamico, con crescenti tassi di diversificazione interregionale e intraregionale, sia per le soluzioni istituzionali e organizzative adottate, sia per le performance raggiunte, nonostante un quadro istituzionale ed economico non certo favorevole. La situazione non consente facili previsioni per il futuro, ma pare autorizzare aspettative meno pessimistiche di quelle frequentemente espresse.

## Diffusione del modello dipartimentale in Italia

Dott. Alessandro Ghirardini, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott. Giuseppe Murolo, Dott.ssa Piera Poletti, Dott.ssa Silvia Longhi, Prof. Americo Cicchetti, Dott. Filippo Palumbo, Dott.ssa Susanna Ciampalini, Dott.ssa Roberta Andrioli Stagno, Dott. Giorgio Leomporra, Dott. Seraschi Claudio

L'organizzazione dipartimentale è il modello di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che favorisce il governo clinico e la buona gestione amministrativa e finanziaria.

Il modello dipartimentale compare nella normativa fin dal 1968 e da allora la letteratura e la legislazione in ambito di organizzazione e programmazione sanitaria ha più volte puntualizzato la sua importanza e ribadito la funzione. Tuttavia il processo di attuazione dei dipartimenti nelle Aziende Sanitarie italiane ha trovato impulso soprattutto a livello territoriale, laddove i dipartimenti di prevenzione costituiscono ormai una realtà diffusa e verificata in termini di efficacia ed efficienza, e in relazione a specifiche previsioni legislative (i c.d. dipartimenti ex lege). Il dipartimento in ambito ospedaliero, invece, non sembra ancora pienamente consolidato.

Per conoscere la diffusione dell'organizzazione dipartimentale nell'ambito del SSN ed il grado di applicazione di approcci, metodi e strumenti, l'Ufficio Qualità delle attività e dei servizi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ha avviato nel 2005 un'indagine conoscitiva presso tutte le Aziende Sanitarie con l'obiettivo principale di costruire una mappa delle strutture sanitarie nazionali che hanno realizzato o intrapreso l'istituzione dei dipartimenti sul territorio nazionale.

L'indagine del Ministero della Salute, rispetto a quelle precedentemente effettuate si caratterizza in quanto è la prima ad assumere come unità di osservazione ed analisi non tanto l'azienda e il suo processo di dipartimentalizzazione, quanto il dipartimento ospedaliero quale entità organizzativa nell'ambito delle Aziende Sanitarie del SSN.

### *Le precedenti indagini sulla diffusione del modello dipartimentale in Italia*

La recente evoluzione degli assetti organizzativi dipartimentali in Italia è stata registrata, finora, da diverse indagini campionarie che hanno evidenziato un panorama eterogeneo e di difficile interpretazione.

Nel 2000 l'indagine del Cergas-Bocconi metteva in evidenza che una elevata proporzione di Aziende Sanitarie (circa il 50% nel campione<sup>1</sup>) aveva dichiarato di aver già provveduto a deliberare l'adozione del nuovo assetto organizzativo (Anessi e Cantù, 2000). Il modello dipartimentale sembrava presentare un grado di diffusione piuttosto ampio: l'89% delle aziende del campione ha dichiarato di avere costituito almeno un dipartimento entro l'anno 1999. Di queste il 46% ha costituito il primo dipartimento da meno di due anni<sup>2</sup>.

L'indagine 2001 condotta dall'Anaa-Assomed attraverso un questionario inviato ai segretari aziendali Anaa delle Aziende Sanitarie pubbliche in cui l'associazione è presente (309 su 332) ha avuto un tasso di ritorno dei questionari pari del 55% complessivamente (171 rispondenti).

I risultati dell'indagine hanno messo in evidenza, che solo il 63,4% delle aziende ha in effetti attivato i dipartimenti (rispetto all'89% rilevato con la precedente ricerca). La differenza della base campionaria (171 rispondenti vs 75) può spiegare questa differenza. Una verifica "incrociata" svolta nell'ambito dell'indagine mostra che, a fronte del 63,4% dichiarato, si è verificato che solo nel 42,1% delle aziende effettivamente i dipartimenti sono da considerarsi "formalmente" avviati.

L'indagine dell'Università Cattolica del Sacro Cuore del 2002, risultato della convergenza di tre diverse metodologie di ricerca<sup>3</sup>, ha prodotto dei risultati che hanno consentito di formulare diagnosi, efficacemente segmentate su molteplici dimensioni quali ad esempio la collocazione geografica e la tipologia aziendale, l'effettiva portata del processo di introduzione dei dipartimenti nella sanità nazionale e sulla ampiezza e la profondità dei cambiamenti indotti. Secondo lo studio condotto il 77% delle Aziende Sanitarie (37% al Nord, 22% al Centro, 18% al Sud ed Isole) aveva un assetto organizzativo comprendente uno o più dipartimenti ospedalieri assistenziali<sup>4</sup>; il 45% afferma che l'introduzione dei dipartimenti clinici ha riguardato la totalità delle unità ope-

<sup>1</sup>Su una popolazione di 283 aziende di cui 185 territoriali - Asl - (escluse le Asl senza presidi) e 98 ospedaliere (AO) il tasso di risposta della survey è stato pari al 27% (75 rispondenti) più o meno equamente distribuiti tra le AO (23%) e le Asl (28%).

<sup>2</sup>Il numero di aziende che hanno esteso il modello dipartimentale a tutte le unità operative amministrative e sanitarie è molto basso (29%), mentre aumenta fino al 63% se si considerano le realtà che hanno esteso il modello dipartimentale a tutte le unità operative sanitarie (escludendo quelle amministrative). Fonte: Rapporto Oasi 2000.

<sup>3</sup>Analisi della letteratura nazionale ed internazionale, interviste pilota ad opinion leader nazionali ed internazionali, survey a livello nazionale delle aziende sanitarie private e pubbliche con un numero di posti letto superiore a 120 che operano in ambito nazionale (più di 180 aziende).

<sup>4</sup>In particolare, la diffusione dei dipartimenti copre il:95% delle aziende ospedaliere, 81% delle ASL, 21% delle aziende private accreditate.

rative aziendali. Resta però il dubbio circa la natura di tale trasformazione. Secondo gli opinion leader intervistati nell'ambito dello studio su citato, infatti, tale cambiamento sembrerebbe essere solo "formale" e non sostanziale. La delibera di attivazione di dipartimenti spesso non è accompagnata da un cambiamento nelle logiche di governo e di funzionamento dei processi manageriali e assistenziali dell'azienda sanitaria.

L'indagine dell'Anao Assomed del 2004<sup>5</sup> ha avuto un tasso di risposta pari al 76,04% del totale delle aziende interpellate (244 risposte su 321 questionari inviati), percentuale che rende i risultati ottenuti molto attendibili a livello nazionale e dunque significativi. Le risultanze indicano nel 40% la percentuale nazionale delle Aziende Sanitarie che hanno "dipartimentalizzato in maniera apparentemente corretta" (soltanto in 5 regioni tale percentuale supera il 50%). Il 66,4% del campione di Aziende Sanitarie che hanno risposto al questionario (semplificato rispetto al precedente studio), hanno individuato e organizzato il dipartimento. Tra queste, il 79,3% opera al Nord, il 62,26% al Centro, il 57,43% al Sud e il 45,16% nelle Isole. Nell'87% dei casi, i dipartimenti sono stati organizzati attenendosi al Dlgs 229/1999 e all'atto di indirizzo, emanato finora soltanto da 12 regioni<sup>6</sup>. L'86% delle aziende "in regola" ha inglobato ogni unità operativa in un dipartimento gestionale, ma appena il 44% ha costituito tutti gli organismi che lo caratterizzano.

L'indagine di tipo trasversale ha riguardato tutte le Aziende Sanitarie (U.S.L. e ospedaliere), gli ospedali universitari e gli Istituti di Ricerca di diagnosi e cura (I.R.C.C.S.).

Lo strumento utilizzato è stato un questionario autocompilato composto da più parti:

- a) una parte generale con domande relative alla istituzione dei dipartimenti ed ai relativi atti e regolamenti;
- b) una parte legata alla struttura ed alle sue caratteristiche;
- c) una parte specifica, che si chiedeva venisse compilata dal direttore di dipartimento o suo delegato, tesa a raccogliere informazioni sulla struttura, la denominazione, l'organizzazione, il funzionamento del dipartimento e l'adozione di alcuni strumenti del governo clinico.

L'indagine è stata effettuata con spedizione postale del questionario a tutte le direzioni generali delle Aziende Sanitarie e la contemporanea pubblicazione sul sito del Ministero della salute del medesimo questionario con la richiesta di compilazione e restituzione.

Il questionario era accompagnato da una lettera di presentazione degli scopi dell'iniziativa e la richiesta di collaborazione e da una guida alla compilazione del questionario. Per eventuali dubbi nella compilazione era possibile contattare inoltre i referenti ministeriali dell'indagine.

Dopo un primo inserimento dei dati, si è proceduto all'effettuazione del controllo statistico della qualità dei dati. Successivamente si è proceduto ad una analisi delle denominazioni dei dipartimenti e della loro composizione (unità operative semplici e complesse), che sono risultate essere le più svariate, si citano ad esempio il dipartimento plurispecialistico delle degenze, il dipartimento di immunoinfeziologia e oncematologia, il dipartimento della ospedalizzazione domiciliare, il dipartimento dei poli ospedalieri, il dipartimento tecnico logistico.

Analogamente, è stata effettuata una prima analisi qualitativa delle aggregazioni di unità operative all'interno dei dipartimenti. Per poter procedere all'elaborazione dei dati è stata quindi effettuata la riclassificazione dei dipartimenti per concludere con le elaborazioni.

All'indagine hanno risposto 247 aziende (tasso di rispondenza: 67%) così distribuite: U.S.L. 138 (tasso di rispondenza: 71%) aziende ospedaliere 82 (tasso di rispondenza: 77%), policlinici universitari 4 (tasso di rispondenza: 36%), IRCCS 20 (tasso di rispondenza: 39%).

I dati disponibili si riferiscono a 1.858 dipartimenti. Dall'analisi sono stati esclusi 85 dipartimenti di cui: 31 ritenuti inclassificabili, data l'eterogeneità delle unità operative afferenti, 47 amministrativi e 7 costituiti da una sola unità operativa, per un totale di 1.773 osservazioni valide ai fini della presente analisi (tabella 1).

La tabella 1 mostra i dipartimenti censiti distribuiti in ragione della loro tipologia. Le prime tre tipologie dipartimentali rappresentano oltre il 38% dell'intero universo e considerando le successive due tipologie (entrambi dipartimenti ex lege) si arriva quasi al 60%. Per il resto si osserva una estrema dispersione di tipologie dipartimentali e l'analisi effettuata, considerando la composizione interna dei dipartimenti in termini di unità operative, conferma spesso l'adozione di criteri di accorpamento basati sulla specializzazione.

Si può rilevare come, rispetto alla frequenza con la quale si distribuiscono le diverse tipologie individuate dall'analisi delle singole unità operative, le prime 11 tipologie rappresentano più dell'80% dei dipartimenti analizzati.

<sup>5</sup>Presente nel 94,42% delle 340 aziende sanitarie pubbliche.

<sup>6</sup>Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto.

Dall'indagine effettuata nel complesso si è potuto constatare che la proporzione tra dipartimenti strutturali (1.189) e funzionali (639) è di due terzi ed un terzo, evidenziando un impegno verso l'integrazione funzionale, ma ancora qualche resistenza ad un impegno più sostanziale: uno su tre in Piemonte, uno su due in Lombardia, ma 3 su 1 in Trentino, 1 a 1 in Liguria.

L'esigenza di razionalizzazione ed efficienza nell'uso delle risorse denota un impegno anche a livello dipartimentale, laddove ben 107 dipartimenti (1/18) è interaziendale, con prevalenza nelle regioni Piemonte (26), Lombardia (17), Veneto (25) e Toscana (11).

Per quanto riguarda la gestione "partecipata" del dipartimento sembra denotare un percorso avviato ma ancora in fieri, infatti il Comitato di dipartimento è attivo nella quasi totalità dei dipartimenti (soltanto 150 non lo hanno ancora nominato), mentre l'assemblea non viene ad oggi convocata in un dipartimento su 2. Se l'asse del dipartimento è costituito dagli operatori, affinché possano realmente sviluppare l'appartenenza a questa nuova entità è necessario incrementare le opportunità di condivisione e l'assemblea è certamente un primo strumento.

La gestione dipartimentale è in generale avviata, seppure vi sia ancora circa un terzo di dipartimenti che non gestiscono in forma integrata le risorse, infatti il sistema di budget unico è portato avanti da 1.393 dipartimenti, mentre è ancora separato per 413 e non presente in 52. Analogamente, le risorse strutturali sono gestite in forma unitaria da 1.180 dipartimenti, a fronte di 633 che provvedono ancora a livello di unità operativa, mentre mancano di sistema in 45. Parallelamente per le risorse tecnologiche vi è una gestione condivisa in 1.236 dipartimenti, differenziata in 574 ed assente in 48.

Particolarmente difficile e critica ma estremamente importante per la reale implementazione del dipartimento è la gestione delle risorse umane, che risulta essere unitaria in 1.161 dipartimenti e divisa in 650, mentre un notevole passo in avanti è stato fatto per la formazione, che risulta essere integrata in ben 1.522 dipartimenti a fronte di soli 287 che ancora non hanno un piano comune. Si tratta certamente di uno strumento importante, che tuttavia deve essere accompagnato da tutti gli altri meccanismi operativi.

Per quanto riguarda il cuore del sistema dipartimentale, ossia l'attività assistenziale e la sua valutazione, 1.170 dipartimenti condividono le linee guida, 1.027 hanno messo a punto percorsi assistenziali dipartimentali, 974 effettuano attività di valutazione degli esiti clinici e 1.267 hanno elaborato piani di verifica delle attività cliniche e della qualità delle prestazioni. Vi è un inizio anche delle attività di telemedicina, infatti 357 dipartimenti hanno implementato tale strumento.

Il sistema informativo costituisce uno strumento essenziale per la gestione e lo sviluppo, sia in termini di esercizio che di governo, ma anche una base essenziale per condividere traguardi, impegni, utilizzo di risorse, basti pensare ai possibili usi della relazione dipartimentale. Pertanto, visto che soltanto 885 dipartimenti dispongono al momento attuale di un sistema integrato, esso dovrà certamente costituire un impegno dei direttori di dipartimento nel prossimo futuro.

I risultati consentono di tracciare un quadro della realtà dei servizi sanitari italiani per quanto concerne l'adozione del modello dipartimentale per la gestione delle unità operative. Va rilevato che si tratta di una realtà in movimento e sottoposta a molteplici stimoli al cambiamento, vista la rapidità di introduzione di sempre nuovi approcci e strumenti. Il modello dipartimentale sembra ormai essere acquisito nelle Aziende Sanitarie, anche se la realtà è variegata ed alcuni strumenti gestionali, ed in particolare la condivisione delle risorse, è ancora in fase di implementazione. La partecipazione a tutti i livelli deve costituire una priorità per conseguire i reali vantaggi che il dipartimento può offrire in termini di efficacia ed efficienza. Se infatti le persone non si sentono pienamente coinvolte e partecipi alle scelte assunte nel dipartimento - ed in questo la non attivazione in molte aziende dell'assemblea di dipartimento costituisce una criticità - sarà molto difficile sia implementare percorsi assistenziali che condividere conoscenze e competenze per il miglioramento. Da più parti è stato sottolineato il rischio che il dipartimento possa garantire solo un'integrazione fisica ed organizzativa, senza assicurarne, nel contempo, una culturale e clinica. Non deve essere trascurato il rischio che la dipartimentalizzazione possa costituire solo un atto formale volto a soddisfare le disposizioni normative, nazionali e regionali, oppure che la scelta possa essere condizionata dalla volontà di conferire al proprio ospedale una immagine più moderna, più professionale e, quindi, più prestigiosa; per quanto l'adozione del modello dipartimentale includa tutti questi aspetti, tuttavia essi non ne costituiscono le finalità. Un pericolo connesso con il mancato raggiungimento della completa integrazione delle attività è che il percorso assistenziale si svolga sotto responsabilità differenti, favorendo situazioni di frammentazione e autoreferenzialità, determinando altresì un'estensione della catena gerarchica, aumento di conflittualità - soprattutto per la ripartizione delle risorse - e un allungamento dei tempi di decisione.

Tra i limiti dell'indagine vanno annoverati: da un lato l'autodichiarazione della situazione in atto da parte dei



rispondenti; il questionario era strutturato e pertanto si era cercato di raccogliere elementi precisi, tuttavia la discrezionalità permane; dall'altro l'impossibilità di parametrare i risultati sul totale dei dipartimenti, in quanto il dato non è disponibile, il censimento costituiva infatti uno degli scopi della indagine.

I risultati consentono l'identificazione di strategie per fornire sostegno ed indicazioni per l'adozione degli approcci e strumenti del governo clinico, laddove non sono stati ancora pienamente introdotti ed utilizzati. Si tratta comunque di una prima ricognizione che potrà orientare ulteriori approfondimenti rispetto agli strumenti in uso, ai fattori che consentono una loro efficace introduzione e le difficoltà che possono frapporsi. Particolarmente utile sarà la disponibilità di best practice, in modo da avviare un circolo virtuoso di conoscenza e collaborazione tra le differenti realtà.

L'auspicio è che i dati relativi alle risposte ottenute, messi a disposizione delle Aziende Sanitarie, di dirigenti ed operatori sul sito del Ministero della Salute, possano costituire oggetto di discussione ed analisi anche all'interno delle singole realtà, in modo da diffondere ulteriormente la sensibilità e la consapevolezza delle opportunità offerte dal dipartimento e favorire la condivisione.

**Tabella 1 - Distribuzione dei dipartimenti per tipologia**

Dipartimenti	Frequenza	Percentuale	Frequenza cumulata
Medicina	263	14,83	14,83
Chirurgia	248	13,99	28,82
DEA	161	9,08	37,90
Diagnostica	156	8,80	46,70
Materno infantile	148	8,35	55,05
Diagnostica per immagini	129	7,28	62,32
Oncologia	86	4,85	67,17
Salute mentale	80	4,51	71,69
Riabilitazione	54	3,05	74,73
Altro*	49	2,76	77,50
Cardiovascolare	48	2,71	80,20
Anestesia	35	1,97	82,18
Neurochirurgia e neurologia	34	1,92	84,09
Nefrourologia	32	1,80	85,90
Ortopedia	29	1,64	87,54
Farmacia	24	1,35	88,89
Cardiologia	23	1,30	90,19
Neurologia	22	1,24	91,43
Pediatria	22	1,24	92,67
Testa collo	21	1,18	93,85
Geriatria	18	1,02	94,87
Specialità integrate	14	0,79	95,66
Malattie infettive	13	0,73	96,39
Territoriale	13	0,73	97,12
Trasfusionale	13	0,73	97,86
Ostetricia e ginecologia	11	0,62	98,48
Gastroenterologia	8	0,45	98,93
Igiene	6	0,34	99,27
Trapianti	4	0,23	99,49
Dermatologia	3	0,17	99,66
Neurochirurgia	2	0,11	99,77
Odontoiatria	2	0,11	99,89
Prevenzione	2	0,11	100,00
<b>Totale</b>	<b>1.773</b>	<b>100,00</b>	

\* I dipartimenti definiti come "altro" sono riconducibili a tipologie troppo specifiche e difficilmente raggruppabili tra di loro.

#### Riferimenti bibliografici

1. Pesaresi F., I Dipartimenti Ospedalieri, la storia, i modelli regionali, i regolamenti, Edizione ASI, Roma, 2000.
2. Scally G., Donaldson L.J., Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, BMJ 1998; 317: 61-65.
3. Poletti P., Clinical governance e coinvolgimento del paziente, Clinical Governance, CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino, agosto 2005, 36-41.
4. Cicchetti A., La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie, Franco Angeli, Milano. 2004.

*Per approfondire*

- Achard P., *Economia ed organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale*, ASSR, Roma, 1996.
- Anessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2002.
- Cicchetti A., *L'organizzazione dell'ospedale*, Vita e Pensiero (V&P Università), Roma, 2002.
- Baraldi S. (a cura di), *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Accademia Nazionale di Medicina, Forum Service Editore, Genova, 2003.
- Fontana S., Achard PO, *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie, progettare per la sanità*, 30, 1995.
- Gaia E., Poncini, D., *Il Dipartimento Ospedaliero*, Torino, Minerva Editore, 1996.
- Guzzanti E., *Il dipartimento ospedaliero*, Nuovi Argomenti di Medicina (NAM), vol.11, n. 5, 95.
- Health Care System in Transition*, European Observatory on Health Care System, United Kingdom, 1999.
- Montaguti V., *L'organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie e ospedaliere*, in Zanetti et al., *Il medico e il management*, Accademia Nazionale di Medicina, Genova, 1996.

### *Network Italiano di Health Technology Assessment*

Dott.ssa Marina Cerbo, Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Simona Paone

Il Rapporto Osservasalute 2005 (vedi pag.255-256) aveva già presentato le prime evidenze derivanti dalla survey che l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha condotto sulla diffusione dei principi e delle metodiche di HTA in Italia. In questa edizione presentiamo i risultati aggiornati della survey conclusa nel mese di luglio 2006.

Nato nel 2003 come progetto di ricerca "Promozione di un Network per la diffusione di Health Technology Assessment per la gestione delle tecnologie nelle Aziende Sanitarie", il Network rientra tra i "programmi speciali" – Art. 12 bis, comma 6, del D. Lgs 502/92 e s.m.i., è coordinato dall'Unità di Valutazione delle Tecnologie – Direzione Sanitaria del Policlinico "Agostino Gemelli" e dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica.

Fanno parte del Network Italiano l'Assessorato alla Sanità della Regione Molise, il Policlinico "Agostino Gemelli", l'USSLL 17 Monselice – Regione Veneto, l'IRCCS Policlinico "S. Matteo" di Pavia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, la Sezione di Epidemiologia e Sanità Pubblica – Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti, il Dipartimento delle Tecnologie Biomediche dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Sezione Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo, l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, Opera Padre Pio, e la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.

Obiettivo del progetto è di proporre una base di discussione per l'identificazione di requisiti comuni minimi strutturali, organizzativi e funzionali per l'avvio routinario di attività di HTA a livello regionale e aziendale nell'ambito del SSN.

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali – afferente al Network – ha condotto la rilevazione delle attività di HTA in Italia attraverso questionari inviati agli Assessorati regionali alla sanità (Referenti selezionati attraverso il circuito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie) e alle Aziende Sanitarie (Asl e Aziende Ospedaliere), raggiungendo una copertura pari al 51% delle aziende.

Ecco di seguito alcuni dati:

**Tabella 1 - Indagine sulle regioni, ASL, Aziende Ospedaliere**

	Regioni	ASL	Aziende Ospedaliere
Totale questionari inviati	21	185	96
Totale ricevuti	9	87	57
Percentuale risposte	43%	47%	59%

**Tabella 2 - ASL e Aziende Ospedaliere che dichiarano di svolgere attività di HTA**

	ASL	Aziende Ospedaliere
Totale ricevuti	86	57
Totale Sì	61	45
% Sì	70,11%	78,95%

**Tabella 3 - Distribuzione delle risposte**

Regioni	Risposta	ASL	AO
Piemonte	No	13	4
Valle d'Aosta	Si	1	0
Lombardia	Si	5	19
Bolzano-Bozen	No	4	0
Trento	No	1	0
Veneto	No	12	2
Friuli-Venezia Giulia	Si	3	3
Liguria	Si	4	6
Emilia-Romagna	No	5	4
Nord	4	48	38
Toscana	Si	6	2
Umbria	Si	1	1
Marche	No	2	2
Lazio	No	4	2
Centro	2	13	7
Abruzzo	No	1	0
Molise	Si	4	0
Campania	No	5	2
Puglia	No	4	0
Basilicata	Si	4	1
Calabria	No	2	1
Sicilia	Si	2	8
Sardegna	No	3	0
Sud e Isole	3	25	12

Si osserva una scarsa rispondenza del livello regionale, più marcata nelle regioni centrali e meridionali e, per quanto riguarda le Aziende Sanitarie, si osserva una maggiore risposta nell'area Centro-Nord, seppure con diversa distribuzione nell'ambito di ciascuna regione.

Tutte le regioni dichiarano di effettuare valutazioni sulle apparecchiature elettromedicali e sui dispositivi medici, meno frequente risulta la valutazione sui sistemi di organizzazione e gestione e sulle terapie farmacologiche, rara quella sui sistemi di supporto. La maggioranza delle Aziende Sanitarie effettua valutazioni sulle apparecchiature elettromedicali, una percentuale inferiore sui dispositivi medici e sulle terapie farmacologiche e ancora inferiori sono le percentuali di aziende che effettuano valutazioni sulle procedure e sui sistemi sia di supporto che di organizzazione e gestione.

**Tabella 4 - Oggetto di valutazione nelle ASL, nelle Aziende Ospedaliere e nelle regioni**

	ASL %	Aziende Ospedaliere %	Regioni %
Terapie farmacologiche	37,70	48,89	62,50
Apparecchiature elettromedicali	91,80	97,78	100,00
Procedure mediche e chirurgiche	31,15	35,56	75,00
Sistemi di supporto	14,75	17,78	37,50
Sistemi di organizzazione e gestione	37,70	33,33	87,50
Altri dispositivi medici	47,54	33,33	100,00

Nell'ambito delle apparecchiature elettromedicali e dei dispositivi medici più del 68% delle Aziende Sanitarie dichiara di valutare tutte le apparecchiature, mentre circa il 25% dichiara di limitare la valutazione alle sole grandi apparecchiature; mentre per quanto riguarda i dispositivi medici, circa il 31% delle ASL dichiara di valutare tutti i dispositivi. Solo alcune aziende dichiarano di valutare i dispositivi di nuova introduzione.

La maggioranza della regioni dichiara di effettuare valutazioni cliniche, epidemiologiche-statistiche, tecnico-ingegneristiche ed economiche.

Le tipologie di valutazione prevalenti, sia nelle ASL che nelle AO, sono quella tecnico-ingegneristica e quella economica, seguite da quella relativa all'impatto organizzativo e dalla valutazione clinico-epidemiologico-statistica. Rara è la valutazione degli aspetti etici.

Più frequentemente le aziende effettuano contemporaneamente valutazioni di tipo tecnico-ingegneristico ed economico e valutazioni di tipo tecnico-ingegneristico, economico e di impatto organizzativo, in coerenza con la prevalenza delle valutazioni su apparecchiature elettromedicali.

**Tabella 5 - Tipo di valutazione effettuata nelle ASL, nelle Aziende Ospedaliere e nelle regioni**

	ASL %	Aziende Ospedaliere %	Regioni %
Clinica, epidemiologico-statistica	59,02	48,89	88,80
Tecnico/Ingegneristica	88,52	91,11	88,80
Economica	91,80	84,44	88,80
Impatto organizzativo	65,57	71,11	-*
Aspetti etici	21,31	28,89	-*

-\* opzione non proposta nel questionario regionale.

Nell'ambito delle aziende le strutture organizzative coinvolte nell'attività di valutazione, sono prevalentemente rappresentate dalle Direzioni sanitarie e, in particolare nelle Aziende Ospedaliere, dalle Unità operative dedicate e dai Servizi di Ingegneria clinica, di Fisica e di Farmacia.

**Tabella 6 - Strutture organizzative aziendali coinvolte nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere**

	ASL %	Aziende Ospedaliere %
Direzione Generale	18,03	13,33
Direzione Sanitaria	63,93	73,33
Direzione Amministrativa	29,51	17,78
Istituti specifici	27,87	40,00
Altro	Fisica – Farmacia – I.C. Servizio Tecnologie Biomediche Dipartimenti – Distretti	Fisica – Farmacia – I.C. Servizio Tecnologie Biomediche

### Conclusioni

La scarsa percentuale di risposta del livello regionale potrebbe far dedurre uno scarso interesse rispetto all'HTA, tuttavia si è propensi ad interpretare questo risultato come esigenza di ulteriori approfondimenti e come significativo di una scarsa "istituzionalizzazione" nei contesti organizzativi regionali delle attività di Health Technology Assessment.

A livello aziendale emerge uno scenario caratterizzato da una notevole variabilità organizzativa, spesso caratterizzata anche dalla dispersione delle attività in più unità operative della medesima azienda.

La prevalenza delle valutazioni su apparecchiature e dispositivi più che su procedure mediche e chirurgiche, nonché delle valutazioni tecnico-ingegneristiche ed economiche su quelle clinico-epidemiologiche, riflette la prevalente finalizzazione delle attività al controllo dei costi. A ciò potrebbe essere correlato anche il dato riferito alla valenza vincolante nei confronti della Direzione aziendale delle valutazioni effettuate che è pari al 62,7% dei casi nelle ASL e al 46,7% nelle Aziende Ospedaliere. Infine, raramente si osservano procedure standardizzate e produzione di report e linee guida.

Sembra quindi emergere chiaramente la necessità di razionalizzare e standardizzare, prima ancora che di diffondere, l'utilizzo del Technology Assessment in Italia, puntando a favorire l'avvio di un processo di introduzione delle logiche di valutazione all'interno delle strutture centrali e periferiche del Servizio Sanitario Nazionale, a supporto del miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Questi primi risultati sembrerebbero avvalorare come la diffusione dell'Health Technology Assessment, pur in assenza di una politica nazionale mirata in tal senso (come avviene nella maggior parte delle esperienze internazionali), sia presente in quasi la metà delle Aziende Sanitarie, sia ospedaliere che locali.

In realtà gli approfondimenti in corso di tale indagine, stanno mettendo in evidenza una forte variabilità sia sul significato, che nei diversi contesti viene dato al termine Technology Assessment, che ai metodi di valutazione utilizzati.

Ne emerge al momento, quindi, un quadro in cui nel nostro paese, pur essendo alta l'esigenza di utilizzare strumento come l'HTA a supporto dei processi decisionali, si riscontra la necessità di uniformare la definizione di Health Technology Assessment oltre che quella di aumentare le capacità valutative degli operatori sanitari coinvolti.

Infatti lo scenario che emerge da questa indagine preliminare è quello dell'utilizzo dell'Health Technology Assessment nelle diverse strutture con una:

- Notevole variabilità organizzativa;
- Scarsa standardizzazione a livello procedurale;

- Prevalenza di valutazioni su apparecchiature e dispositivi più che su procedure mediche e chirurgiche;
- Prevalenza di valutazioni tecnico-ingegneristiche ed economiche su quelle clinico-epidemiologiche;
- Scarsa produzione di report e linee guida.

Processo questo che, si spera, possa portare, anche successivamente, ad una organizzazione strutturale ed organica delle attività di valutazione delle tecnologie all'interno del SSN.

## ***Health.net: come le Aziende Sanitarie sfruttano le potenzialità di Internet***

Prof. Stefano Baraldi, Dott. Massimo Memmola

### **Contesto**

In ambito sanitario Internet sta progressivamente giocando un ruolo sempre più determinante. In Rete aumenta il numero e il successo dei portali sanitari che offrono informazioni sulle principali patologie, sulla loro diagnosi e cura, che permettono di accedere a forum e a community fra pazienti o fra pazienti e medici, che consentono di porre domande a specialisti o di selezionare il medico o la struttura presso cui curarsi. Non è più raro, peraltro, trovare nei siti delle strutture sanitarie italiane forme particolarmente sofisticate di utilizzo delle potenzialità messe a disposizione dal Web: dalla prenotazione delle visite on line alla refertazione remota degli esami diagnostici, dalle forme di consulto on line ai programmi per il monitoraggio e il miglioramento dello stato di salute.

Si può essere spinti ad affermare, in tal senso, che il rapporto medico-paziente stia progressivamente diventando sempre più virtuale passando necessariamente attraverso le possibilità di comunicazione e di interazione offerte dal Web.

### **Obiettivi e metodologia della ricerca**

Il progetto Health.Net, sviluppato dal Ce.Ri.S.Ma.S. – Università Cattolica (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) si propone di comprendere quali possibilità lo spazio virtuale di Internet possa riservare ad una struttura sanitaria e, in seconda istanza, attraverso lo studio delle modalità seguite dalle aziende nella sua esplorazione, individuare quei comportamenti comuni e quelle esperienze di successo da cui derivare gli insegnamenti che meglio possano indirizzarne la conquista.

In particolare, lo svolgimento del progetto è stato finalizzato all'acquisizione di quegli elementi di conoscenza che consentissero di comprendere: a) la misura e il modo con cui le Aziende Sanitarie italiane si affacciano oggi sul mondo Internet; b) le differenze e gli eventuali ritardi rispetto ad altri sistemi sanitari; c) il grado di sfruttamento del potenziale messo a disposizione dalla tecnologia e l'eventuale successo delle iniziative realizzate; d) la strategia che guida le Aziende Sanitarie verso la conquista del proprio spazio sul Web; e) i trend di riferimento; e) le possibili tipologie di colonizzazione dello spazio Web; f) le prospettive per il futuro.

Dal punto di vista metodologico Health.Net costituisce una complessa azione progettuale che ha visto lo svolgimento di una *survey* a carattere generale articolata in due distinte edizioni: la prima edizione si è svolta nel 2002; la seconda nel 2005.

Ogni singola edizione è stata articolata in due distinte fasi: a) la prima ha riguardato l'analisi della presenza "pubblica" delle Aziende Sanitarie italiane su Internet (fase 1); b) la seconda ha realizzato un confronto internazionale che ha consentito di posizionare il sistema sanitario italiano rispetto ai sistemi sanitari di sei paesi esteri (Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna, Francia, Germania, Spagna) e ad un benchmark di riferimento internazionale composto da 9 aziende il cui sito, secondo una ricerca condotta negli Stati Uniti<sup>1</sup>, ha ottenuto i migliori risultati in termini di contributo alla crescita aziendale e di soddisfacimento delle aspettative dei pazienti.

Per ciò che attiene alla sanità italiana l'attenzione si è rivolta alla totalità delle strutture sanitarie (pubbliche e private) presenti sul territorio così come definite dal database del Ministero della Salute. Allo scopo di conferire maggiore significatività alle informazioni raccolte si è deciso, tuttavia, di considerare solo le strutture autonome tanto dal punto di vista giuridico che economico. In questo senso per le strutture dipendenti da un'Azienda Sanitaria Locale abbiamo considerato solo il sito di quest'ultima; parimenti lo stesso approccio è stato utilizzato per quelle strutture private appartenenti ad uno stesso gruppo aziendale.

Sono state così identificate 1.002 aziende nell'edizione del 2002 e 990 aziende nell'edizione del 2005. La riduzione del numero di aziende rilevanti per la ricerca è riconducibile a due principali ragioni:

- l'accorpamento di alcune strutture ospedaliere nelle Aziende Sanitarie Locali di riferimento deciso in alcune regioni italiane;
- l'avvio nella sanità privata italiana di un processo di aggregazione di alcune strutture in grandi gruppi di livello nazionale.

<sup>1</sup>La ricerca è stata condotta nel corso del 2000 dalla Computer Sciences Corporation e ha riguardato principalmente strutture di grandi dimensioni localizzate in grandi aree metropolitane (Cfr.: J. Goldsmith, How will the Internet change our Health System?, in Health Affairs, January-February, 2000, pag. 148). Le strutture individuate come benchmark sono: Intermountain Health Care, John Hopkins Hospital, Sentara Healthcare, M. D. Anderson Cancer Center, Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Swedish Medical Center, Allina Health System, Advocate Health Center.

Per ogni azienda è stata verificata la presenza sul Web facendo uso dei principali motori di ricerca disponibili in Rete e, nel caso di esito infruttuoso, attraverso contatto diretto, per via telefonica, con la struttura interessata. Al termine di questa fase preliminare sono stati identificati 473 siti (il 47% del totale) nell'edizione del 2002 e 574 siti (il 58% del totale) nell'edizione del 2005. Per poter apprezzare compiutamente non solo quante aziende siano presenti sul Web ma, soprattutto, come esse qualificano la propria presenza sulla rete è stato utilizzato un modello di riferimento che articola lo spazio "virtuale" offerto da Internet in quattro differenti ambiti di riferimento:

- il *Virtual Information Space* (VIS) attraverso il quale un'Azienda Sanitaria può erogare informazioni sulla struttura, sui servizi e le specialità cliniche disponibili;
- il *Virtual Transaction Space* (VTS) che consente di realizzare in via remota transazioni con i pazienti e gli altri stakeholder aziendali;
- il *Virtual Distribution Space* (VDS) attraverso il quale è possibile distribuire qualsiasi prodotto o servizio che possa essere digitalizzato; rientrano in quest'area infatti i servizi vari di telemedicina di prevenzione, di *education*, di informazione sui farmaci, ecc;
- il *Virtual Communication Space* (VCS) offre la possibilità di creare attraverso il Web una comunità virtuale in cui è possibile scambiare idee e opinioni.

Dato questo nuovo territorio, le Aziende Sanitarie potranno dunque seguire differenti strategie di "colonizzazione", decidendo di sfruttarne le potenzialità che la tecnologia mette a disposizione in modo più o meno consistente. Si pone dunque un problema di valutazione della strategia Internet di un'Azienda Sanitaria, ossia di come essa utilizzi la Rete per perseguire in modo più o meno coerente la propria strategia istituzionale. In tal senso sono state utilizzate quattro principali dimensioni di analisi: la complessità, la tipologia, la qualità e l'efficacia della presenza su Internet.

La *complessità* considera la dimensione quantitativa della presenza su Internet di una struttura sanitaria attraverso la valutazione della numerosità dei contenuti informativi o di servizio offerti e il grado di fruibilità degli stessi.

La *tipologia* permette di valutare le modalità, più o meno equilibrate, attraverso le quali l'azienda ha proceduto alla colonizzazione dei differenti spazi virtuali resi disponibili da Internet, privilegiando alcune tipologie di stakeholder ed, eventualmente, trascurandone altre. La *qualità* misurata attraverso il livello di sofisticazione tecnologica (presenza di strumenti di presentazione multimediale con immagini, suoni, animazioni, video) e il livello di personalizzazione dei contenuti offerti nel sito Web. In ultimo si è ritenuto opportuno completare il processo valutativo della presenza in Internet delle strutture sanitarie italiane attraverso una dimensione di analisi, l'*efficacia*, che consentisse di esprimere la misura del "successo" delle iniziative realizzate. Tale misurazione è stata ottenuta considerando la visibilità del sito rispetto ai principali motori di ricerca e il traffico registrato dal sito stesso<sup>2</sup>.

### Principali risultati dell'edizione 2005

Le elaborazioni dei risultati della seconda edizione del progetto di ricerca disegnano uno scenario che può essere definito in qualche modo "contraddittorio". In effetti, a fronte di un aumento del numero di *strutture presenti sulla rete* che non può definirsi esponenziale (il miglioramento in tre anni è stato solo dell'11%: dal 47% rilevato nella prima edizione al 58% della seconda), si assiste ora ad una distribuzione geografica tendenzialmente più omogenea. Infatti, se nel 2002 il Nord, che con una percentuale di strutture presenti pari al 63%, sopravanzava nettamente il Centro (43%) e il Sud (33%), nel 2005 la differenza esiste ancora, ma è sicuramente più attenuata: il Nord costituisce sempre un benchmark con il 68% di strutture dotate di sito Web, ma il Centro (53%) e il Sud (51%) hanno sicuramente "accorciato le distanze".

Un'analisi dei risultati ottenuti per tipologia aziendale consente di rilevare che per le strutture pubbliche (Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere), gli IRCCS e i Policlinici Universitari lo sfruttamento, più o meno intensivo, delle potenzialità di Internet è ormai un fatto acquisito indipendentemente dalla localizzazione geografica (in tutti i casi la presenza è attorno al 90%). Così non è per le strutture private che sembrano ritenere in misura decisamente minore la Web-Strategy una componente essenziale della propria strategia istituzionale (il numero di strutture presenti è passato dal 30% della prima edizione al 41% della seconda edizione). Il livello di *complessità* della presenza su Internet delle strutture sanitarie italiane diviene decisamente più consistente: cresce tanto il numero dei contenuti informativi o di servizio attivati quanto la presenza di quelle caratteristiche strutturali volte a migliorare la fruibilità di tali contenuti.

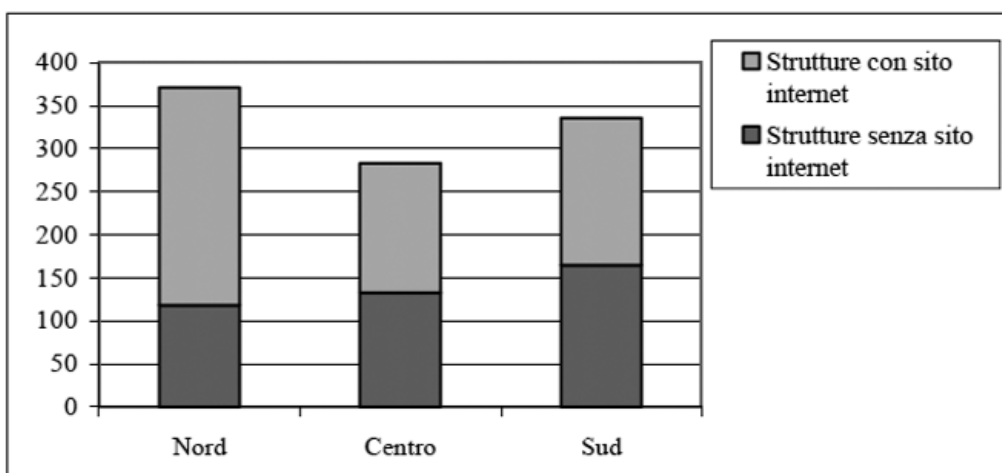
<sup>2</sup>La ricerca è stata condotta nel corso del 2000 dalla Computer Sciences Corporation e ha riguardato principalmente strutture di grandi dimensioni localizzate in grandi aree metropolitane (Cfr.: J. Goldsmith, H. 2000).



Per ciò che attiene alla *tipologia* della presenza su Internet, è possibile affermare che rimane ancorata a canoni piuttosto tradizionali, legati all'erogazione di contenuti informativi piuttosto che di servizio: delle quattro aree in cui è possibile articolare lo spazio virtuale di Internet, in più della metà dei casi ne risultano colonizzate solo due (quelle più tradizionali ovvero il VIS, che permette di erogare informazioni, e il VTS, che permette di svolgere transazioni). Inevitabilmente resta basso il grado di sfruttamento di Internet: nonostante i consistenti miglioramenti realizzati negli ultimi anni le strutture sanitarie italiane sfruttano meno di un quinto delle potenzialità offerte dalla Rete.

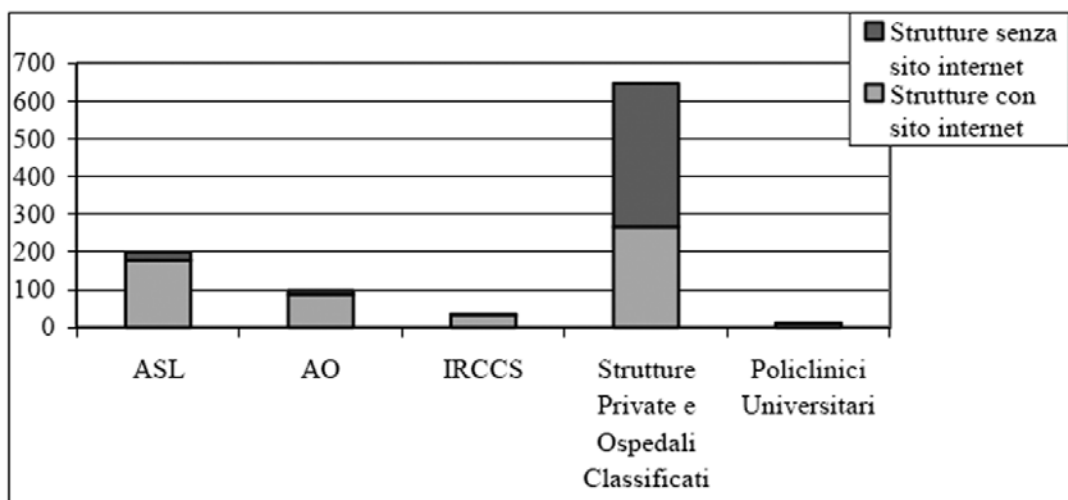
La *qualità* dei siti Web delle strutture sanitarie italiane è sostanzialmente buona sia per ciò che attiene al grado di sofisticazione tecnologica dei contenuti proposti, sia per quel che riguarda la possibilità di realizzare un accesso personalizzato a tali contenuti in funzione delle proprie esigenze conoscitive.

**Grafico 1 - Presenza in Internet delle Aziende Sanitarie dell'indagine e ripartizione per area geografica – Anno 2005**



Fonte dei dati e anno di riferimento: Health.net ed. 2005. Anno 2006.

**Grafico 2 – Presenza in Internet delle Aziende Sanitarie dell'indagine e ripartizione per tipologia - Anno 2005**



Fonte dei dati e anno di riferimento: Health.net ed. 2005. Anno 2006.

In ultimo, riguardo all'efficacia delle strategie Internet poste in essere dalle Aziende Sanitarie italiane è possibile affermare che, nonostante il più delle volte (8 su 10) sia possibile rintracciare l'indirizzo del sito Web attraverso uno dei motori di ricerca disponibili on line, il traffico complessivamente registrato sui loro siti risulta ancora limitato. È però doveroso sottolineare che i risultati migliori in tal senso sono ottenuti da quelle aziende che fanno meglio nelle altre dimensioni di analisi, ovvero da quelle che riescono meglio ad interpretare le potenzialità della Rete. In altri termini le strutture che offrono non solo informazioni (in misura più o meno rilevante), ma anche servizi che possono in qualche modo facilitare e migliorare la relazione con il paziente, sono quelle che vedono maggiormente "premiato" il proprio investimento.

Riguardo la dimensione estera i risultati ottenuti consentono di affermare che, in termini generali, esiste sempre una considerevole distanza fra il benchmark e le altre aziende che compongono il campione internazionale.

Se dall'analisi si escludono le aziende benchmark, sono le strutture presenti negli Stati Uniti e in Canada a presentare le performance migliori in tutte le dimensioni di analisi della ricerca. Occorre rilevare, tuttavia, che dal 2002 al 2005 si assiste ad una sostanziale crescita dei valori assunti dalle variabili indagate con una riduzione del gap presentato dalle strutture sanitarie europee rispetto a quelle statunitensi e canadesi.

### Conclusioni

Internet è sicuramente diventata in pochi anni una delle tecnologie più comuni nel nostro vivere quotidiano. In ambito sanitario, tuttavia, nonostante i progressi realizzati negli anni che separano le due edizioni del nostro progetto di ricerca, sembra non vi sia ancora una piena consapevolezza del ruolo strategico di questa tecnologia.

Molte aziende non sono ancora nella condizione di poterne sfruttare le potenzialità, non avendo proceduto all'attivazione di un sito Web. Questa condizione caratterizza soprattutto le strutture private e quelle localizzate al Sud. Le strutture pubbliche, gli IRCCS e i Policlinici Universitari hanno gradualmente acquistato una maggiore sensibilità al tema. Le ragioni di tale cambiamento possono essere ricercate nelle politiche sanitarie attuate a livello nazionale, nella progressiva ricerca della semplificazione dei processi amministrativi e la conseguente riduzione dei relativi costi e, in ultima analisi, nella crescente consapevolezza del ruolo svolto nella collettività di riferimento. Ciò ha portato ad una progressiva crescita dei contenuti informativi e di servizio offerti nei siti web e ad una maggiore attenzione verso quegli strumenti che possono migliorare la fruibilità dei contenuti offerti (i motori di ricerca interni, ad esempio).

Anche in questi casi, tuttavia, l'approccio alla Rete avviene raramente in chiave strategica, ma spesso con una logica legata all'improvvisazione e all'immagine di Internet come semplice strumento di comunicazione. Raramente vi è la consapevolezza che l'investimento in questa tecnologia debba avvenire attraverso un opportuno allineamento rispetto alla strategia istituzionale dell'azienda, procedendo ad un ripensamento dei principali meccanismi operativi e delle modalità di erogazione dei servizi di cura. Inevitabilmente ciò determina un ridotto sfruttamento delle possibilità messe a disposizione dallo spazio virtuale di Internet.

Emerge, dunque, la centralità e la necessità di un forte coinvolgimento del top-management per dare consistenza fattiva ad un paradigma, quello della Sanità on line, che per poter essere realizzato non pone tanto un problema in termini tecnologici (la tecnologia c'è e non è sicuramente delle più costose), ma sicuramente un problema di cambiamento delle persone e delle logiche tradizionali del fare sanità.

### Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (b) (2001) "Strategy and e-health", Deloitte&Touche.
- Alemi F. (2000) "Management matters: technology succeeds when management innovates", *Frontiers of health service management*, vol. 17, n. 1, Fall.
- Baraldi S., Memmola M. (a) (2006) "Health.net 2005", Rapporto completo di ricerca, Ce.Ri.S.Ma.S. – Università Cattolica ([www.unicatt.it/cerismas](http://www.unicatt.it/cerismas)).
- Baraldi S., Memmola M. (b) (2006) "How healthcare organisations actually use the internet's virtual space: a field study", *International Journal of Healthcare Technology and Management (IJHTM)*, Vol. 7, No 3/4, 2006, pagg. 187-207.
- Baraldi S., Memmola M. (c) (2006) "Healthcare organizations and the Internet's virtual space: changes in action", in L. Al Hakim (a cura di): *Web Mobile-Based Application for Health-care Management*, Ed. Idea Group Inc.
- Coile R.C. (2002) "The Paperless hospital – Healthcare in a digital age", Health Administration Press, Chicago.
- De Luca J.M. - Enmark R. (2000) "E-health: the changing model of healthcare", *Frontiers of health service management*, vol. 17, n.1.
- Glaser J.P. (2002) "The strategic application of information technology in health care organizations", Jossey Bass.
- Goldsmith J. (2000) "How will the Internet change our Health System?", *Health Affairs*, January-February.
- Goldstein D.E. (2000) "E-healthcare: harness the power of the Internet e-commerce & e-care", Aspen Publication.
- Malcolm C. (2001) "Making a healthcare web site a sound investment", *Healthcare Financial Management*, February.
- Memmola M. (2006) "The development of a Web Strategy in an healthcare organization: a case history", in L. Al Hakim (a cura di): *Web Mobile-Based Application for Healthcare Management*, Ed. Idea Group Inc.
- Minard B. (2001) "CIO Longevity: IT project selection and initiation in the HCO Industry", *IT Health Care Strategist*, vol. 3, n. 12.
- Nicholson N. (1999) "The Internet and Healthcare", Health Administration Press, Chicago.

## Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta: gli strumenti di integrazione clinico-culturale ed organizzativa del percorso assistenziale del paziente neoplastico

Dott.ssa Maria Michela Gianino

La necessità di promuovere e conseguire un'elevata integrazione clinico-culturale ed organizzativa fra i diversi attori e strutture che concorrono alla risoluzione di un problema di salute è generalmente sentita in ambito sanitario, ma più impellente pare essere nel trattamento delle malattie cronic-degenerative.

La Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta offre una soluzione a tale problema nell'assistenza oncologica ricomponendo gli apporti dei diversi attori in funzione delle esigenze del paziente neoplastico. Articolata in nove Poli, sette dedicati al bacino di utenza di una porzione di territorio regionale composto da una o più Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e due, composti da sole Aziende Ospedaliere, senza un'area geografica di riferimento, la Rete Oncologica, partendo dalla constatazione che il percorso assistenziale è un *processo*, e che gli attori sono *professionisti*, ha fatto proprio il meccanismo di coordinamento concepito da Mintzberg come una "forma di adattamento reciproco formalizzato" ed ha previsto l'istituzione della figura del *process manager*, che assume:

- configurazione di un gruppo multidisciplinare,
- responsabilità di natura:
  - gestionale, in quanto programma, realizza e controlla le diverse fasi e figure professionali,
  - clinica, perché sceglie le attività assistenziali e le realizza.

Con la composizione a team e la responsabilità di natura gestionale si presidia l'integrazione organizzativa dato che nel gruppo cooperano tutti i professionisti necessari a coprire lo spettro del fabbisogno presentato dal singolo paziente nella elaborazione del piano assistenziale, nella sua esecuzione e controllo.

Con la forma a gruppo e la responsabilità clinica si presidia l'integrazione clinico-culturale in quanto, definendo collegialmente il percorso assistenziale del singolo paziente, si garantisce uniformità di comportamenti assistenziali e si assicura un processo di apprendimento e di creazione di conoscenze comuni nell'ambito dell'organizzazione. Sotto il profilo operativo, la soluzione prescelta vede l'istituzione presso ogni Polo di teams denominati Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) per ciascuna patologia neoplastica ivi trattabile, da definirsi sulla base di analisi epidemiologiche di fabbisogno, di volumi effettivamente trattati in quel Polo, di livelli di qualità conseguiti e di esistenza di risorse umane e strumentali idonee.

Tre sono i compiti fondamentali dei GIC:

1. la presa in carico del paziente, per tutto il suo percorso assistenziale, dallo screening, alla diagnosi, alle terapie sino alla riabilitazione e alle eventuali cure in fase terminale. Ciò non significa che tutta l'ampiezza del percorso debba essere gestita dai GIC di un solo Polo, in quanto in una organizzazione a rete ed in caso di mobilità del cittadino, possono essere coinvolti più GIC di aree geografiche differenti;
2. la discussione collegiale dei casi trattati e la definizione interdisciplinare dei percorsi personalizzati nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli condivisi;
3. la comunicazione con il paziente ed i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico.

La composizione dei GIC varia a seconda della patologia e dello stadio del percorso diagnostico terapeutico. Nella sua forma più completa, volta a governare l'intero iter assistenziale, abbraccia numerose professionalità, dalle figure mediche di diversa specializzazione alla componente infermieristica, sino a quella psicologica.

Nelle diverse fasi della malattia il GIC muta la sua composizione, ponendo in secondo piano alcune figure professionali ed inserendone altre che meglio rispondono alle esigenze del paziente in quella fase della patologia. La composizione modulare ha momenti e figure di sovrapposizione in modo da garantire la continuità del programma definito fra i diversi stadi del percorso.

Al 2006 (Fonte Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta) sono attivi 95 GIC. Sono presenti in tutti i Poli i GIC delle neoplasie alla mammella, in 7 al colon-retto e all'apparato urologico, in 6 al ginecologico, in 5 al testa-collo, in 4 per i tumori neurologici, gastroenterici e toracopolmonare e in 3 per le neoplasie ematologiche. Meno diffusi i GIC per i sarcomi e cure palliative, e per i tumori cutanei, ossei, endocrinologici e di genetica oncologica presenti in una o al più due sedi. A supporto di tale scelta organizzativa è stato attivato un GIC di insegnamento per gli specializzandi ed è stata modificata la modalità di finanziamento delle prestazioni dei GIC.

### Riferimenti bibliografici

- Appiano S., Bertetto O., Ciccone G., Gianino M.M., Merletti F., Mussa A., Monchiero G., Nieddu S., Segnan N. 2002. La Rete Oncologica Piemontese. Politiche Sanitarie. 4.  
 Gianino MM, Donna G. 2003. Gli strumenti di integrazione clinico-culturale ed organizzativi dei percorsi assistenziali delle neoplasie: i GIC. Mecosan n. 47, Sezione III.