

Comitato scientifico

**Emidio Di Giambattista** (coordinatore)  
Procuratore generale della Corte dei conti

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Elio Borgonovi**  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano

**Sabino Cassese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**  
Ordinario di scienze delle finanze  
Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**  
Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**  
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

**Franco Sassi**  
Coordinatore generale  
Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**  
**Marco Meneguzzo**  
**Antonello Zangrandi**  
**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Federica Bandini**  
**Giorgio Casati**  
**Mario Del Vecchio**  
**Giovanni Fattore**  
**Andrea Garlatti**  
**Alessandra Massei**

Corrispondenti esteri

**Michael Schofield** (Manchester)  
**Gustav Schacter** (Boston)

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77  
Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18  
Tel. 02/58363132-58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982
- fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700
- spedita in abbonamento postale 50% - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all' 

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*  
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## IN QUESTO FASCICOLO:

- 2 Editoriale**  
**Sotto il segno delle contraddizioni il cambiamento del S.s.n.**  
  
Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche
- 8 Valutazione economica di una campagna di educazione sanitaria per la diagnosi precoce del melanoma**  
di Diego Scopelliti, Livio Garattini
- 18 Ordinamento, organizzazione e managerialità nella rete ospedaliera pubblica nel quadro della legge n. 517/93**  
di Gianni Ottone  
  
Sez. 2<sup>a</sup> - Documenti e commenti
- 32 Proviamo a fare il punto sull'economia sanitaria italiana**  
di George France
- 35 Benchmarking e carichi di lavoro in ambito sanitario**  
di Marco Barbiani, Gianni Giorgi  
  
Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative
- 46 L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari**  
di Biagio Campo, Marilisa Motta, Valeria Rappini, Francesco Zavattaro
- 67 Progettazione organizzativa di un sistema integrato di gestione dell'emergenza sanitaria: il caso Bologna Soccorso**  
di Paolo Rotondi, Carlo Lazzaro
- 86 La riorganizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera nella U.s.s.I. di Melegnano**  
di Antonio Nava, Valeria Rappini
- 99 La contabilità dei costi nelle Unità sanitarie locali: l'esperienza Toscana**  
di Luca Del Bene  
  
Sez. 4<sup>a</sup> - La sanità nel mondo
- 108 Il benchmarking nella sanità pubblica: esperienze straniere e prospettive di intervento nel contesto italiano**  
di Renato Ruffini
- 116 Reinventare la sanità statunitense. Teorie e scelte manageriali prima della sconfitta del piano Clinton**  
di Marco Meneguzzo  
  
Sez. 5<sup>a</sup> - Sanità e impresa
- 130 Una strategia aziendale per i sistemi informativi della nuova sanità pubblica**  
di Claudio Caccia, Edoardo Cagli
- 143 Le forniture di beni e servizi nella nuova realtà sanitaria: alcuni spunti di riflessione**  
di Attilio Gugiatti  
  
Sez. 6<sup>a</sup> - Biblioteca
- 148 Recensioni**
- 150 Novità bibliografiche**
- 153 Spoglio riviste**
- 156 Bibliografia monotematica**

## SOTTO IL SEGNO DELLE CONTRADDIZIONI IL CAMBIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

*Il cambiamento in atto nel S.s.n. rischia di produrre conseguenze negative per tutti a causa delle contraddizioni che lo caratterizzano.*

*Innanzitutto è contraddittoria la logica con cui esso è affrontato. Infatti le esigenze di produrre «radicali modifiche» dei comportamenti dei diversi «attori» (pazienti-utenti di servizi sanitari, medici e in generale operatori dell'offerta, organi pubblici responsabili delle politiche sanitarie o della produzione-erogazione dei servizi, imprese, fornitrici di beni al S.s.n., opinione pubblica) richiederebbero di «pensare in grande», di rilanciare una fase di nuova progettualità capace di «mobilitare le energie sane» presenti nel S.s.n. e nell'intera società, mentre si continua ad intervenire con provvedimenti puntuali, settoriali e di dettaglio che hanno l'obiettivo di recuperare qualche migliaio di miliardi di risparmi sulla spesa sanitaria.*

*Certamente il contenimento della spesa, l'eliminazione degli sprechi, la razionalizzazione della struttura di offerta sono esigenze reali che nessuno può negare, ma non possono e non devono diventare obiettivi in se stessi da imporre tramite vincoli di legge più o meno rigidi e più o meno realistici e credibili. Sono obiettivi importanti che però devono essere presenti e perseguiti come obiettivi «strumentali», ossia come «condizioni per realizzare in modo più completo, socialmente*

*accettabile ed economicamente sostenibile le finalità del S.s.n.» e che quindi dovrebbero essere inseriti all'interno di una strategia politico-istituzionale per una nuova sanità.*

*Ma questa strategia non esiste, non è visibile o perlomeno non è facilmente comprensibile per chi scrive, che ritiene molte delle scelte adottate a livello centrale, regionale e locale di questo ultimi anni, grosso modo a partire dal 1991, più frutto di confuse istanze di cambiamento, di buone intenzioni e qualche felice intuizione, di molti opportunismi tipici delle fasi di «rimiscolamento delle carte» che non del confronto tra diversi progetti sulla e per la sanità.*

*Una «miscela» di aspirazioni, spinte positive (le buone intenzioni), spinte negative (gli opportunismi di chi «cambia bandiera») sul piano politico ma anche su quello tecnico e delle teorie di riferimento per cercare di «restare alla moda» e di gestire piccoli e grandi poteri, miscela che rischia di diventare micidiale per le future sorti del sistema sanitario del nostro paese.*

*Appunto a partire dal 1991 è stata prospettata, legittimata e sostenuta in tutti i modi nel dibattito politico-sociale una nuova «fase» dell'intervento pubblico nel campo della tutela della salute fondata sui seguenti elementi:*

*— maggiore ruolo decisionale attribuito al paziente-utente (qualcuno afferma che deve essere considerato*

*sempre più come «cliente» che con le sue decisioni è in grado di influenzare e di indirizzare il sistema di offerta);*

*— maggiore responsabilizzazione delle Regioni e delle strutture di offerta (di cui si è proclamata, e il verbo non è usato casualmente, la natura di azienda) sia sul piano della qualità dell'assistenza sia su quello economico;*

*— centralità della funzione (e della cultura) manageriale per realizzare un decisivo salto di qualità nei livelli di efficacia e di efficienza;*

*— più ampio spazio alla logica, al know how e alle risorse del privato, sia di quello tradizionale (nella forma delle imprese for profit) sia di quello emergente del non profit.*

*Tutti questi elementi sono stati ampiamente trattati nei precedenti editoriali di Mecosan e in numerosi articoli della rivista: ora si intende sottolineare un dato costante rilevabile nelle scelte compiute dal 1991, quello della contraddizione che ha contraddistinto non solo le politiche e la legislazione statale e regionale (è troppo facile in questo periodo storico scaricare tutte le responsabilità sul livello politico-istituzionale), ma la cultura e le logiche di comportamento di tutti gli attori.*

*Cominciamo dal discorso più generale che coinvolge gli operatori, molti studiosi, i commentatori a vario titolo delle vicende della sanità (i sindacati,*

le forze politiche specie d'opposizione del momento), fino all'opinione pubblica nelle sue diverse articolazioni (dall'anziano con la pensione agli intellettuali dei salotti bene).

Non si può sostenere che nella sanità ci sono «enormi sprechi» e poi prendersela o lamentarsi quando il governo «taglia» la spesa sanitaria! Un autorevole esponente del governo di fronte alle mie considerazioni circa la improbabile fattibilità di una manovra da 6.300 miliardi su circa 96/97.000 miliardi di spesa stimata per il 1994 mi ha fatto notare che se i sindacati (che non possono essere tacciati di essere filo governativi) in sede di incontri con il governo parlano di sprechi nel settore dell'ordine del 30/40%, può essere realistica una manovra del 6% circa. Tanto più, affermava, che il governo non dice che si debba tagliare la spesa riducendo i servizi, ma con la manovra intende solo «ridurre il finanziamento statale degli sprechi»: le Regioni che saranno in grado di ridurre gli sprechi continueranno a dare i servizi, mentre le altre dovranno accettare il costo politico sociale di ridurre i servizi o di imporre tributi finalizzati alla sanità. Quindi, concludeva, le misure del governo sono da considerare realistiche ed equilibrate: si possono discutere le modalità per attuare i tagli, ma «dato che il governo ha espresso i suoi indirizzi, spetta a chi li contesta indicare modalità alternative, purché resti ferma la dimensione della manovra (6.300 miliardi)».

Per opporsi a questa posizione del governo stesso non valgono le considerazioni secondo cui «gli sprechi esistono e spetta al governo stesso dimostrare la volontà politica e la capacità tecnica di colpire le aree di spreco salvaguardando i servizi». Considerazione questa che pronunciata in un comizio o in una trasmissione televisiva attirerebbe uno scrosciante applauso

(e quanti ce ne sono stati) ma che ha limiti di essere privo di conseguenze. Infatti in un sistema complesso gli sprechi sono frutto dell'intreccio di interessi, di coperture, di commistioni di connivenze che non è possibile sciogliere né con la volontà politica, né con le leggi e che non spetta solo al governo dipanare poiché ad esso spetta, specie quanto come in questo momento si vuole ridurre il peso dell'intervento pubblico, solamente la funzione di fissare alcune «regole del gioco».

Quindi tutti coloro che parlano di «sprechi generalizzati nella sanità», dal più trascurato e male assistito paziente, all'infermiere o al medico che si impegna a fondo e poi formula questo giudizio perché esasperato, all'operatore «fannullone» o «incompetente», o all'impresa che fornisce che «vende beni inutili o a prezzi non congrui con il loro costo o con il loro prezzo di mercato» e che sono quindi la prima causa degli sprechi che poi loro stessi denunciano, diventando di fatto, indipendentemente dalla loro volontà, sostenitori di «politiche indiscriminate e indistinte di contenimento della spesa» che determineranno:

— per i pazienti la riduzione dei servizi;

— per i medici e gli infermieri onesti e laboriosi ostacoli crescenti nel fare il proprio dovere e continuare a dare una buona assistenza;

— per gli operatori disonesti e fannulloni e per le imprese assistite la riduzione degli spazi per perseguire i propri discutibili (ed a volte illeciti) interessi particolari.

Chi non vuole subire l'effetto boomerang dei tagli alla sanità dovrebbe rendersi conto che è giunto il tempo di parlare di un «settore con problemi complessi, con alcune aree di spreco che però non sono probabilmente superiori a quelle di altri settori, pubblici e privati, anche se più visibili, che

richiede interventi equilibrati e impone di abbandonare la lamentanza e la critica come il leit-motiv del settore.

Sul piano più strettamente tecnico si manifesta una seconda contraddizione che ho personalmente fatto rilevare all'esponente governativo di cui sopra e che può essere così sintetizzato: è mai possibile che nel nostro sistema esistano livelli così macroscopici di sprechi e di inefficienze, quando la spesa sanitaria (pubblica e complessiva) rappresenta una quota del PIL inferiore (o comunque in linea) a quella dei Paesi con un analogo livello di sviluppo e superiore solo ad alcuni paesi (Gran Bretagna, Giappone e pochi altri)?

Ciò vorrebbe dire che anche negli altri paesi esistono elevati livelli di sprechi o che, come molti dicono, la qualità dei servizi in Italia è di gran lunga inferiore a quella degli altri paesi: tesi questa affascinante e con qualche riscontro che però fa a pugni con il fatto che la «durata della vita attesa degli italiani non è inferiore a quella di questi altri paesi» ed anzi in questi ultimi decenni è aumentata in misura superiore ad essi. A parere di chi scrive la spiegazione è assai più semplice e può essere così sintetizzata:

— in ogni sistema, semplice o complesso, esistono sprechi;

— in Italia un po' per ragioni politiche (opposizione al modello del S.s.n.), un po' per ragioni oggettive (casi eclatanti di sprechi portati alla conoscenza dell'opinione pubblica), un po' per effetto di «rigore morale» scaduto nel «moralismo perverso» di chi vede lo spreco anche laddove esistono situazioni che possono essere insoddisfacenti a causa di oggettive difficoltà, un po' per il prevalere della cultura di «autocritica che tranquillizza la coscienza e consente a tutti di continuare a fare esattamente quello che facevamo prima» si è diffuso il convincimento

che il settore sanitario fosse uno di quelli a più elevato spreco;

— tale convincimento è stato avallato da alcuni studi e da alcune analisi fondate sulla logica, che «si ha spreco ogni volta che ci si discosta dalla situazione «ideale» o di «razionalità ottimale», logica parziale se non proprio erronea dato che la realtà concreta sempre si discosta da quella ideale o ottimale;

— si è generato una specie di «effetto valanga» per cui una volta consolidata l'idea del «settore responsabile degli sprechi», questa si è ingrossata e ha trovato un crescente numero di paladini anche perché, diciamo la verità, è più facile individuare e denunciare gli sprechi, che non trovare le vie per eliminarle (se non quella di dire che «tocca a chi ha il potere»): è probabile che certe stime di dimensione degli sprechi (20, 30, 40%) siano più la conseguenza della percezione negativa del settore e della ricerca della notorietà con qualche «numero ad effetto» da parte di improvvisati esperti che non di serie ed approfondite analisi.

La terza contraddizione di fondo riguarda la linea di «rivalutazione del ruolo del paziente-utente» cui si sono richiamati i governi (centrale e regionali) di questi ultimi 3-4 anni.

A coloro che hanno sostenuto, e sostengono tale linea sulla base dei principi del liberismo economico e del ruolo del mercato si può ricordare che finora l'unico ruolo nuovo riconosciuto al paziente è stato quello di «pagatore» (di ticket e di prestazioni non più garantite) e che non è possibile conciliare un maggior ruolo del «consumatore» con crescenti vincoli e controlli burocratici (sia pure motivati dall'esigenza di imporre o indurre una maggiore efficienza).

A coloro che hanno sostenuto, e sostengono tale linea sulla base dei presupposti etici di «riportare, la perso-

na, malata, al centro dell'attenzione», si può ricordare che strutturalmente tutte le politiche fondate sulla domanda attivano «processi di selezione», cioè di miglioramento dei servizi per qualcuno e di peggioramento (o di esclusione) per qualche altro, e che quindi occorre accettare che il sistema sia meno solidaristico e meno equo, almeno nel breve e medio periodo: questo perché nel lungo periodo potrebbero manifestarsi gli effetti di aumento dell'efficienza generale del sistema con benefici anche sul piano della solidarietà e dell'equità globale (poter dare servizi a tutti).

In altre parole, si sottolinea che non è possibile sostenere una politica fondata su una maggiore autonomia di scelta del paziente-utente, o di chi interpreta il bisogno per suo conto, e poi chiedere ai pubblici poteri di annullare gli effetti di selezione e di garantire un «accesso ai servizi sulla base del bisogno e non della capacità disponibilità economica» in quanto ciò vorrebbe dire negare nei fatti quella politica o sostenere costi aggiuntivi ben superiori a quelli di un servizio sanitario pubblico (tanto per essere più espliciti quello che si vorrebbe sostituire).

Si deve sapere che se si sostiene una politica centrata sulle «scelte del consumatore», si avranno effetti di selezione e non si potrà chiedere al sistema istituzionale di intervenire per evitarli: dovrà essere la società, ad esempio tramite strutture di offerta non profit a «farsi carico» dell'assistenza per chi è escluso dai servizi perché ha un basso reddito (e quindi non può o non è disposto a pagare), o per chi ha una malattia grave o molto rara, o per chi ha comportamenti «anomali» rispetto al resto della popolazione che aumentano il rischio sanitario o il costo per la sua assistenza.

Un quarto aspetto di contraddizione si è manifestato e continua a manifestarsi con riguardo al sistema di re-

sponsabilizzazione delle Regioni e delle Unità sanitarie locali o degli ospedali, trasformati in «aziende».

Per avviarsi verso un sistema che chiarisca veramente le responsabilità occorrono queste condizioni:

— creare una netta rottura con il passato che, nel caso della sanità, vorrebbe dire eliminare tutto il contenzioso tra Stato e Regioni sui disavanzi del passato e far partire le nuove aziende con una situazione economica esente dal peso dei disavanzi degli anni precedenti (condizione che non è stata garantita negli esercizi dal 1992 al 1994 e che sembra non essere garantita nemmeno per il 1995);

— aumentare decisamente l'autonomia decisionale delle Regioni e delle future aziende (condizione chiaramente contraddetta, ad esempio, dalla impostazione della legge finanziaria per il 1995 che ripercorre la via dei vincoli sulle assunzioni, sui tetti di spesa etc.);

— rilanciare più elevati gradi di differenziazione sotto tutti gli aspetti (qualità dei servizi, livelli dei costi, regole di accesso ai servizi, etc.).

Pensare, sperare o tentare di attuare un decentramento delle responsabilità mantenendo un elevato grado di uniformità del funzionamento è equivalente alla classica «quadratura del cerchio» cui ci si può avvicinare solo se si è in grado di convincere i decisori (in questo caso le Regione e le «aziende») che comportamenti uniformi sono convenienti (però convincere non vuol dire imporre), o che si può far credere di aver ottenuto usando una elevata dose di «mistificazione dei fatti».

Chi non è culturalmente disposto ad accettare differenze economiche e sociali come condizione strutturale o almeno come condizione di passaggio verso più elevati livelli di uniformità future, frutto di consenso e di interiorizzazione di valori etici, abbia il coraggio (e la trasparenza) di propu-

gnare un sano centralismo (magari tecnocratico e manageriale invece che democratico dei regimi totalitari) ed eviti di creare confusione proclamando la responsabilizzazione e l'autonomia delle aziende e utilizzando rigidi strumenti di governo centralistici.

A meno che qualcuno non ritenga che responsabilizzazione voglia dire «trovare qualcuno cui attribuire la responsabilità dei risultati (ad esempio disavanzo di bilancio o riduzione dei livelli assistenziali) indipendentemente dal fatto che egli abbia contribuito in misura rilevante o ridotta a determinarli».

Formule del tipo «il direttore generale risponde patrimonialmente» della mancata chiusura dei piccoli ospedali e del mancato rispetto dei limiti di spese previsti per acquisto di beni, o per il mancato raggiungimento del pareggio di bilancio (norme della legge finanziaria per il 1995) significano:

— o pensare che «la paura (il rischio) fa novanta» espressione popolare per dire che rende le persone capaci di fare cose difficilissime o quasi impossibili;

— o andare alla ricerca di capri espiatori;

— o andare alla ricerca di incompetenti o di «dilettanti allo sbaraglio» (atteggiamento che può colpire chi non conosce bene il sistema);

— o istigare ai «giochi di prestigio» in un sistema in cui sopravvivranno e avranno successo, accanto a pochi fortunati che operano in Unità sanitarie locali o ospedali con forte dotazione pregressa di fondi, coloro che «riescono a far tornare i conti» con varie tecniche di «maquillage»

dei bilanci e dei dati statistici ufficiali;

— o rassegnarsi ad aggiungere un capitolo, neanche troppo nuovo e particolarmente suggestivo, all'elenco delle leggi-grida.

A proposito dei direttori generali va sottolineata la quinta contraddizione che caratterizza l'attuale fase storica e che viene declinata a vari livelli, dai diversi attori del sistema:

— dal ministro (e dal Governo) che per ridurre il potere delle Regioni e nel timore che queste attingendo da un albo definito nella «prima Repubblica» emana un decreto che viene respinto dal Presidente della Repubblica, si propone di fare un proprio albo, o almeno una aggiunta a quello vecchio, e poi decide di eliminare l'albo aumentando così il potere discrezionale delle Regioni;

— dalle Regioni che sono alla ricerca di un «metodo oggettivo» (o quasi) per selezionare i direttori generali e che in alcuni casi sembrano essere fortemente condizionate da qualcuno, all'interno o all'esterno del nostro sistema sanitario, che suggerisce metodi per scegliere i «migliori» negando o dimenticando il principio secondo cui per figure e posizioni «complesse» non può esistere una graduatoria di merito astratta ma occorre cercare di realizzare una coerenza tra tipi di azienda (e in ogni Regione hanno diverse tipologie di aziende-U.s.l. e aziende-ospedale) e tipi di professionalità del direttore generale (più innovatore e imprenditoriale, oppure più rigoroso nell'applicare sistemi manageriali, oppure più fiscalista nei casi in cui occorre mettere ordine nell'attività amministrativa, oppure più orientato alla leadership);

— dai diversi gruppi professionali che si ostinano a cercare di dimostrare che il direttore generale debba essere un sanitario (magari dotato di qualche specializzazione specifica), un amministrativo (magari dotato di qualche laurea o corso di perfezionamento specifico), uno proveniente dal privato (che garantirebbe l'innovazione e la rottura con il passato) dimenticando il principio banale, le teorie e la pratica universale del management secondo cui chi ha una responsabilità di tipo «generale» e complessiva può provenire da molti e differenziati percorsi e retroterra di conoscenze di carattere particolare: invece che perdere il loro tempo a «rivendicare» priorità o addirittura «criteri di esclusività» (tipica operazione di lobbismo puro e semplice) questi gruppi professionali farebbero bene a dare il loro contributo ad una migliore definizione dei contenuti di tale figura e ad attuare uno sforzo congiunto per realizzare percorsi formativi idonei a dare una preparazione veramente «da generalista» come si compete a un direttore generale.

In conclusione si può dire che la strada che porta alla costruzione del nuovo sistema sanitario è lastricata di molte contraddizioni e che occorrerebbe incominciare a rimuovere alcune di esse invece che continuare a proporre soluzioni «ideali» o «ottimali» o, peggio, proposte da alcuni che invece di applicare il sano principio di «conoscere per decidere» applicano quello di «decidere (o di consigliare) per imparare dai propri errori e magari, fare carriera (prestigio e soldi) sulla capacità di addossare i propri errori ad altri».

## IL SESTO CONGRESSO ANNUALE

# L'ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

Montréal, Québec, Canada 25-27 maggio 1995

### L'ALASS è patrocinata da:

<b>Belgio</b>	Université Catholique de Louvain. Centre des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales.
<b>Francia</b>	CREDES: Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé.
<b>Italia</b>	Centro di Ricerca per l'Economia, l'Organizzazione e l'Amministrazione della Sanità (CRESA), Torino.
<b>Québec</b>	Secteur de la Santé Publique. Université de Montréal.
<b>Romania</b>	Institut National pentru Servicii de Sănătate si Conducere.
<b>Spagna</b>	Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
<b>Svizzera</b>	Dipartimento Opere Sociali. Cantone Ticino. Département de la Prévoyance Sociale et de la Santé Publique. Canton de Genève. Département de l'Intérieur et de la Santé Publique. Canton de Vaud. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Université de Lausanne.

### Comitato Direttore dell'ALASS:

<b>Jean-Paul AURAY</b>	Université de Lyon I	Francia
<b>Filippo BOLLA</b>	Service des Hospices du Canton de Vaud	Svizzera
<b>Gianfranco DOMENIGHETTI</b>	Sezione Sanitaria del cantone Ticino e Université de Genève	Svizzera
<b>Guy DURANT</b>	Université de Louvain	Belgio
<b>Dan ENACHESCU</b>	Institut National pour les services de santé	Romania
<b>Nicole FLORIO</b>	Association Vaud-Genève pour la collaboration des hôpitaux universitaires et des systèmes de santé	Svizzera
<b>Carlo HANAU</b>	Università di Bologna	Italia
<b>Cipriano JUSTO</b>	Administração Regional de Saude de Porto	Portogallo
<b>Michel LEHMANN</b>	Hôpital Gaston Doumergue (Nîmes)	Francia
<b>Jean-Marie LIMPENS</b>	Cliniques Universitaires St-Luc (Bruxelles)	Belgio
<b>Arié MIZRAHI</b>	CREDES (Parigi)	Francia
<b>Salvador PEIRÓ MORENO</b>	Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública	Spagna
<b>Eduard PORTELLA</b>	Université de Barcelona e Bossard Salud y Gestion	Spagna
<b>Charles TILQUIN</b>	Université de Montréal	Canada
<b>Gérald TINTURIER</b>	Presidente dell'ALASS	Svizzera

### Comitato Locale d'Organizzazione del CALASS 95

<b>Robert H. DESMARTEAU</b>	Faculté de management, Université du Québec à Montréal e Département d'administration de la santé, Université de Montréal
<b>Gilles DUSSAULT</b>	Département d'administration de la santé, Université de Montréal
<b>Johanne FOURNIER</b>	Régie régionale de la Montérégie
<b>Pierre JOUBERT</b>	Centre de Santé Publique de Québec e Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
<b>Chantale ROY</b>	Faculté d'administration, Université de Sherbrooke
<b>Claude SICOTTE</b>	Département d'administration de la santé, Université de Montréal
<b>Charles TILQUIN</b>	Département d'administration de la santé, Université de Montréal (Presidente)
<b>Jean TOUPIN</b>	Département d'éducation spécialisée, Université de Sherbrooke

### Scadenario

<b>OGGI</b>	Compile e inviate il MODULO DI PRE-ISCRIZIONE
<b>1 marzo 1995</b>	Ultimo termine per la ricezione del riassunto delle comunicazioni orali (30 aprile per i poster); ultimo termine per l'accettazione delle proposte di sessione, tavola rotonda o atelier
<b>31 marzo 1995</b>	Ultimo termine d'iscrizione per la tariffa ridotta
<b>15 aprile 1995</b>	Ultimo termine per la ricezione della riservazione dell'albergo; oltre questa data la disponibilità delle camere non potrà più essere garantita
<b>15 aprile 1995</b>	Il testo della versione finale della comunicazione e/o del «poster»
<b>25-27 maggio 1995</b>	CALASS 95
<b>28 maggio al 3 giugno 1995</b>	Giro del Québec in bus di lusso
<b>19-30 giugno 1995</b>	UDEASS 95 (Università estiva dell'ALASS), Ascona, Ticino

### INDIRIZZO DELLA CONFERENZA

CALASS 95 a/s ROSES  
Équipe de Recherches Opérationnelles En Santé  
Département d'administration de la santé  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) Canada H3C 3J7  
Telefono: 1-514-343-5973  
Fax: 1-514-343-2448

Per ulteriori informazioni, vogliate contattare Charles Tilquin al numero sopraccitato

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# VALUTAZIONE ECONOMICA DI UNA CAMPAGNA DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL MELANOMA

di Diego Scopelliti e Livio Garattini

Cesav - Centro di Economia Sanitaria  
Angelo e Angela Valenti - Ist. Mario Negri - Ranica (BG)

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Risultati della campagna - 3. Valutazione economica - 3.1. Punto di vista dell'analisi - 3.2. Albero decisionale - 3.3. Efficacia - 3.4. Costi - 3.4.1. Costi organizzativi - 3.4.2. Costo visite specialistiche ambulatoriali - 3.4.3. Costo visite specialistiche ospedaliere - 3.4.4. Costo biopsia escissionale - 3.4.5. Costi stadio 1 - 3.4.6. Costi stadio 2 - 3.4.7. Costi stadio 3 - 3.4.8. Costi indotti - 3.4.9. Costi risparmiati - 3.5. Rapporto costo-efficacia - 3.6. Analisi di sensibilità - 4. Conclusioni.

*The steady growth of melanoma incidence in many countries enhances public educational campaigns for an early diagnosis of this pathology. Two main advantages stem from the educational campaign: a more exact information on the melanoma incidence on the population; an improved distribution of the diagnosis by stage and thickness due to the «anticipation effect» of the campaign. An economic evaluation is useful to assess costs and consequences of available alternatives. The study considered the National Health Service perspective and cost effectiveness analysis was the technique used; the study led to a cost per life year saved through an incremental analysis. The alternatives compared were campaign and «do nothing»; cost were classified in three classes; organizational, induced and saved cost.*

## 1. Introduzione

La campagna di educazione sanitaria per la diagnosi precoce rappresenta uno strumento efficace nella prevenzione secondaria (1) del melanoma (2), in quanto comporta un miglioramento dell'aspettativa di vita per i pazienti. L'introduzione di questa forma di informazione della popolazione è ulteriormente motivata dalla costante crescita dell'incidenza del melanoma in molti paesi (McCarthy et al., 1989; Mackie et al., 1992). L'obiettivo principale della campagna è, pertanto, l'incremento del numero di diagnosi precoci rispetto alla situazione preesistente (Masri et al., 1990; Howard et

al., 1990); in questo contesto, la conduzione di una valutazione economica della campagna svolta nella provincia di Bergamo ha permesso di quantificare la variazione nell'impiego delle risorse disponibili.

La metodologia di indagine utilizzata è l'analisi costo-efficacia (ACE), tecnica in cui i costi dei differenti programmi fra loro alternativi sono rapportati ad un risultato espresso in «unità naturali» (Drummond et al., 1987).

Al fine di valutare economicamente gli effetti della campagna è innanzitutto necessario stabilire le alternative oggetto del confronto. I risultati derivanti dall'organizzazione della campagna

del melanoma, in termini sia di costi sia di efficacia, sono stati rapportati all'alternativa *do nothing*, ovvero agli effetti che si sarebbero ottenuti in assenza di campagna. In termini di risultati, la valutazione economica è stata eseguita secondo una logica di tipo incrementale, cioè mirata a stabilire il costo aggiuntivo per anno di vita salvato dell'alternativa «campagna». Infatti, dato l'attuale utilizzo delle risorse per la cura del melanoma, si pone il problema di valutare l'opportunità di impiegare una quantità maggiore di risorse da destinare alla prevenzione ed alla cura dello stesso. Di conseguenza, ai fini decisionali, sono rilevanti i costi ed i benefici incrementali connessi al-

---

*Gli autori dell'articolo, in contrasto con le norme editoriali di Mecosan e senza informarne la redazione hanno recentemente proposto un testo analogo su un settimanale di informazione sanitaria. Facendo presente che la versione qui pubblicata è frutto di una parziale revisione, effettuata dagli autori sulla base delle osservazioni di due referees interpellati da Mecosan, ci scusiamo con i lettori per l'inconveniente accorso. Mecosan ribadisce l'impegno a garantire l'originalità dei contributi pubblicati e la serietà del processo di revisione, unici strumenti a disposizione di una rivista per sostenere lo sviluppo di un'area di studi.*

l'espansione del programma sanitario, e non i costi ed i benefici totali dell'intero programma (Drummond, 1980).

## 2. Risultati della campagna

La quantificazione degli effetti diretti della campagna richiede, in teoria, la conoscenza di un vasto insieme di dati, sia relativi agli anni in cui essa ha avuto luogo, sia relativi allo stesso periodo senza la campagna. Non essendo disponibili dati in cui vengono differenziate le visite e le asportazioni di melanomi imputabili alla campagna da quelle indipendenti da essa, la soluzione adottata è stata quella di procedere al confronto dei tre anni in cui si è svolta la campagna (1989-1990-1991) con i tre anni precedenti (1986-1987-1988), limitatamente alla provincia di Bergamo.

Esistono due restrizioni principali ai fini della stima del reale effetto della campagna di educazione sanitaria. Innanzitutto, non è noto l'effetto della crescita «naturale» dell'incidenza del melanoma sulla popolazione considerata (una percentuale dell'incremento delle diagnosi durante la campagna potrebbe essere in qualche misura dovuto anche ad un aumento dell'incidenza della patologia rispetto al periodo pre-campagna). Inoltre, non sono disponibili stime relative agli effetti della campagna sugli anni successivi (per ogni anno le diagnosi imputabili alla campagna in corso dovrebbero essere «depurate» delle diagnosi riferite all'informazione della popolazione durante le campagne precedenti).

Per quanto riguarda il primo effetto, possiamo comunque ragionevolmente supporre che l'incidenza del melanoma non abbia subito variazioni tali da rendere inattendibile la valutazione dell'efficacia (vedi 3.3). Più complessa risulta l'analisi del secondo tipo di effetti: l'impossibilità di tener conto di questi ultimi implica evidentemente una sottostima del numero addizionale di diagnosi imputabili alla cam-

gna e quindi una sottostima dell'efficacia complessiva.

Tenuto conto di questa serie di problemi, si è deciso di ipotizzare l'esistenza di una corrispondenza totale fra diagnosi addizionali e campagna di educazione sanitaria; i soli effetti della campagna sono pertanto quelli effettivamente realizzati nei tre anni durante i quali si è svolta la campagna.

Coerentemente con quanto affermato sopra, ai fini dell'analisi dei costi e dell'efficacia sono stati analizzati i soli valori incrementali imputabili alla campagna, riguardanti le visite specialistiche, distinte fra quelle effettuate in U.s.l. e presso l'ospedale (3), e le asportazioni di nevi (più noti come «nei») e di melanomi.

L'aumento delle visite specialistiche è stato quantificato in 11.215 unità presso le U.s.l. (4) e 1.443 presso gli ospedali riuniti di Bergamo, mentre le asportazioni addizionali sono 389 per nevi e 132 per melanomi (5).

Le diagnosi addizionali sono state suddivise in funzione dello spessore e dello stadio del melanoma (6), ovvero dei due fattori prognostici più utilizzati nella stima dell'efficacia della diagnosi precoce del melanoma (Bernengo et al., 1986).

Si considera come primo effetto della campagna la variazione del numero di diagnosi tra i due periodi di riferimento. Delle 132 diagnosi addizionali complessive, effettuate grazie alla campagna di educazione sanitaria, 123 sono melanomi in stadio uno, 6 in stadio due e 3 in stadio tre; per la successiva valutazione di efficacia è opportuno, inoltre, suddividere le 123 diagnosi di melanomi primari in base allo spessore degli stessi: la variazione è pari a 98 per la classe di spessore inferiore a mm. 0,76, a 22 per la classe compresa tra 0,76 e 1,50, a -1 (poiché si è verificata una riduzione tra i due periodi) per i melanomi di spessore tra 1,51 e 3,00 millimetri e a 4 per spessori maggiori a mm. 3,00.

## 3. Valutazione economica

### 3.1. Punto di vista dell'analisi

Il punto di vista scelto per la valutazione economica della campagna del melanoma è quello del Servizio sanitario nazionale (S.s.n.): i costi considerati sono, di conseguenza, esclusivamente quelli a carico del servizio pubblico. La scelta di questa prospettiva di analisi comporta l'imputazione dei soli costi diretti: si tratta delle spese sanitarie e non sanitarie direttamente attinenti alle attività di prevenzione, diagnosi e cura dei pazienti. I costi ed i benefici indiretti (7) non vengono, invece, presi in considerazione in quanto non influiscono sui costi a carico del S.s.n.. Infine, i c.d. effetti intangibili della malattia (8) sono esclusi dalla tecnica di valutazione prescelta per questo studio: infatti l'ACE misura l'efficacia solamente in termini di allungamento dell'aspettativa di vita (e non di miglioramento della qualità della stessa).

I costi diretti oggetto della valutazione economica in questione sono stati i seguenti:

- a) costi organizzativi della campagna;
- b) costi sanitari indotti;
- c) costi sanitari risparmiati.

I costi organizzativi comprendono tutte le spese legate all'organizzazione della campagna ed alla divulgazione delle informazioni riguardanti il melanoma cutaneo.

Fra i costi indotti rientrano i maggiori costi sanitari conseguenti alla campagna ed all'incremento delle prestazioni sanitarie per la visita e la cura dei pazienti.

Infine, i costi risparmiati comprendono i costi sanitari che il S.s.n. non sosterrà in futuro, in virtù appunto della prevenzione secondaria del melanoma.

Per la valutazione del rapporto costo-efficacia si ipotizza che la campagna si sia svolta su un periodo unico di un anno, invece dei tre anni effettivi. Questa congettura in assenza di varia-

zioni temporali della prevalenza della patologia (cioè *coeteris paribus*), equivale ad ipotizzare che la campagna sia stata organizzata su un territorio ed una popolazione tre volte più grandi di quelli della provincia di Bergamo.

Questa assunzione implica, sia per i costi sia per l'efficacia, una riduzione del periodo mediamente intercorrente fra anno iniziale della campagna (anno zero) ed anno di «realizzo» dei singoli costi e dell'efficacia. In base alle leggi che regolano l'attualizzazione di costi e benefici futuri si può ipotizzare che la semplificazione adottata comporti una sovrastima sia dei costi totali sia dell'efficacia complessiva. Solo cono-

scendo il rapporto esistente fra il maggior valore assegnato ai costi ed all'efficacia è possibile stabilire se il risultato finale sia superiore o inferiore a quello effettivo; in generale è ragionevole supporre che le due sovrastime tendano a compensarsi. La semplificazione impiegata, se da un lato risulta una scelta quasi obbligata (9), dall'altro facilita la determinazione dei costi, indotti e risparmiati, e la loro distribuzione temporale, senza alterare la significatività della valutazione.

### 3.2. Albero decisionale

La costruzione dell'albero decisionale ha permesso di schematizzare i

possibili percorsi terapeutici dei pazienti. Essendo identico il percorso *standard* del paziente, con o senza la campagna, le possibilità evidenziate dall'albero decisionale si riferiscono alle alternative terapeutiche.

Poiché l'obiettivo prioritario della campagna è costituito dalle diagnosi precoci, risulta opportuno dividere l'albero in due sottogruppi: nel primo i melanomi sono classificati secondo lo stadio (figura 1), mentre nel secondo si considera lo spessore dei melanomi primari (figura 2). Nella seconda figura alla *i*-esima classe di spessore è stata assegnata una probabilità ( $p_i$ ) di sopravvivenza o guarigione decrescente

Figura 1 - Alternative terapeutiche suddivise per stadio del melanoma

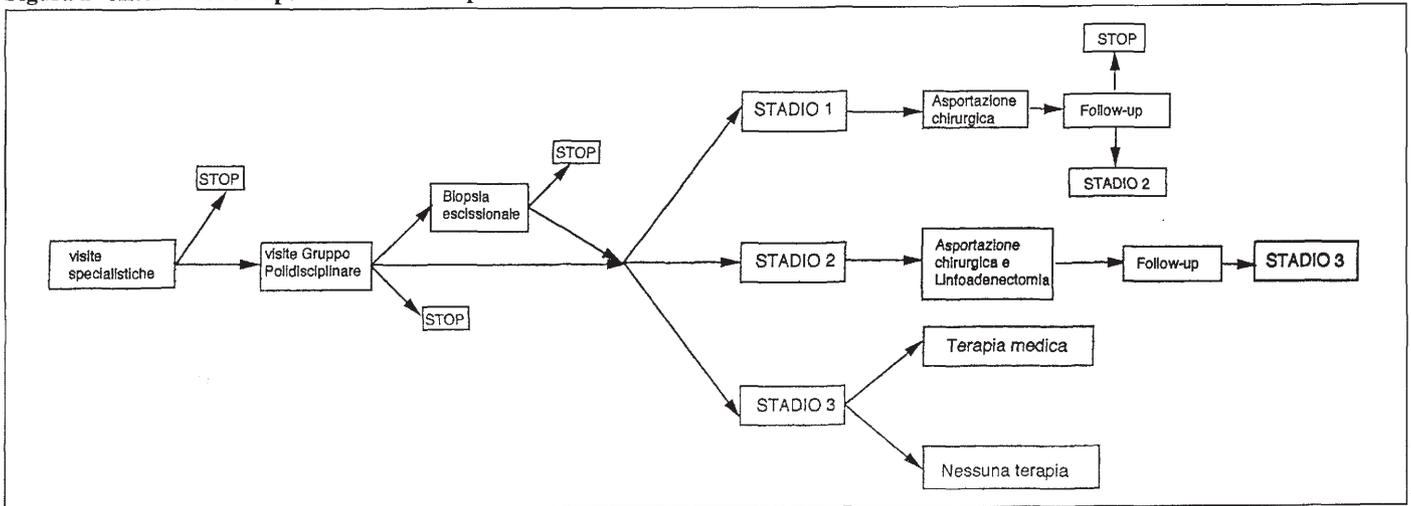
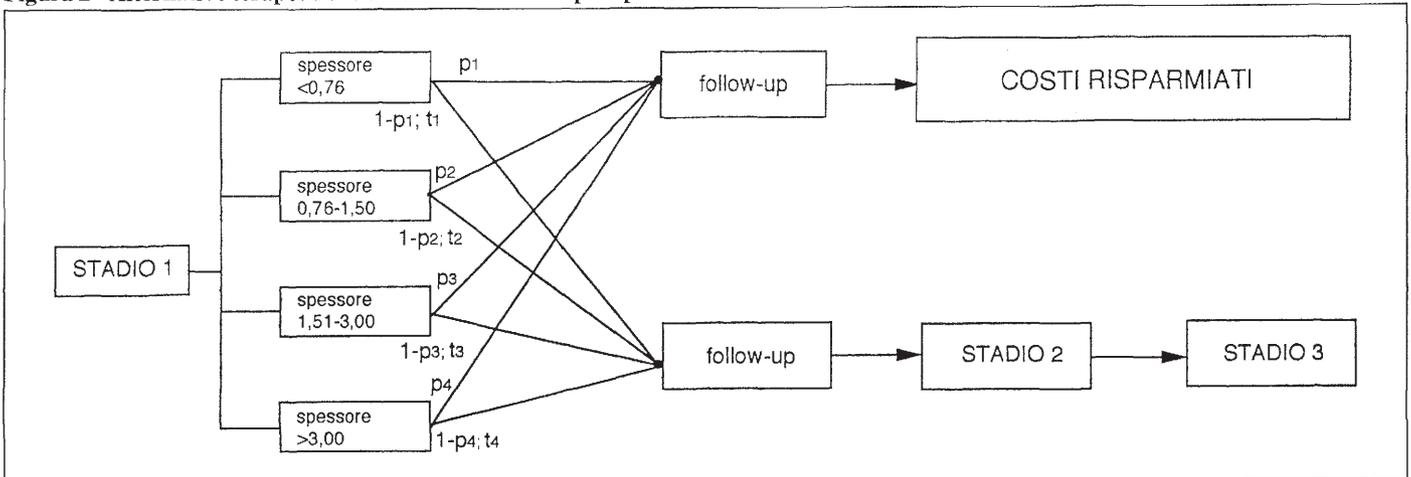


Figura 2 - Alternative terapeutiche di stadio 1 suddivise per spessore del melanoma



all'aumentare dello spessore; come probabilità si è utilizzata la percentuale di pazienti sopravvissuti in un arco temporale di dieci anni dalla diagnosi iniziale; essa è stata dedotta dalle curve di sopravvivenza mostrate in figura 3 ( $p_1=0,92$ ;  $p_2=0,83$ ;  $p_3=0,77$ ;  $p_4=0,38$ ), sulla base di dati relativi ai pazienti degli ospedali riuniti di Bergamo. Inoltre, sempre in base agli stessi dati, è stato stimato l'intervallo temporale ( $t_i$ ), espresso in anni, relativo al passaggio da stadio 1 a stadio 2, differenziandolo per classe di spessore (10):  $t_1=3$ ;  $t_2=2$ ;  $t_3=1$ ;  $t_4=1$ .

Per quanto riguarda i due stadi successivi, i dati disponibili hanno evidenziato una durata della permanenza in ciascuno di essi non superiore a 365 giorni; si è quindi supposto che la durata di questi due stadi sia pari ad un anno. Infine, le terapie eseguite a pazienti in stadio 3 sono state così stimate: 18% nessuna terapia, 40% radioterapia e chemioterapia, 25% solo radioterapia e 17% solo chemioterapia (11).

### 3.3. Efficacia

In un'analisi costo-efficacia il risultato/beneficio da contrapporre ai costi è rappresentato dagli effetti derivanti dal trattamento dei pazienti espressi in «unità naturali» (Drummond et al., 1987). Nel caso specifico della campagna del melanoma, l'efficacia è data dal numero delle diagnosi precoci e, quindi, dagli anni di vita salvati ad esse conseguenti. Per il calcolo dell'efficacia si sono considerate le sole diagnosi di melanoma al primo stadio: infatti le diagnosi di melanoma in stadio avanzato non consentono di migliorare in modo significativo l'aspettativa di vita dei pazienti e, di conseguenza, di ottenere un guadagno in termini di anni di vita.

Le curve di sopravvivenza in figura 3 consentono di misurare gli anni di vita salvati in corrispondenza delle

quattro classi di spessore considerate: sull'asse delle ascisse sono indicati gli anni successivi alle diagnosi (fino ad un massimo di 10) (12) e su quello delle ordinate è rappresentata la sopravvivenza percentuale annua dei pazienti classificata in base allo spessore del melanoma.

Il calcolo degli anni di vita salvati è stato ottenuto confrontando le differenti curve di sopravvivenza; per ogni gruppo di spessore si è ipotizzato che gli anni di vita salvati siano costituiti dalla differenza fra la curva per quel dato spessore e la media delle curve sottostanti (13). L'area compresa fra queste due curve rappresenta, quindi, la percentuale di anni salvati per ciascuna classe di spessore.

Gli anni di vita salvati per le tre classi di spessore, in corrispondenza di ognuno dei 10 anni successivi alla diagnosi, sono stati infine ottenuti moltiplicando le percentuali di sopravvivenza per il numero addizionale di diagnosi di melanoma al primo stadio diagnosticati. Gli anni di vita sal-

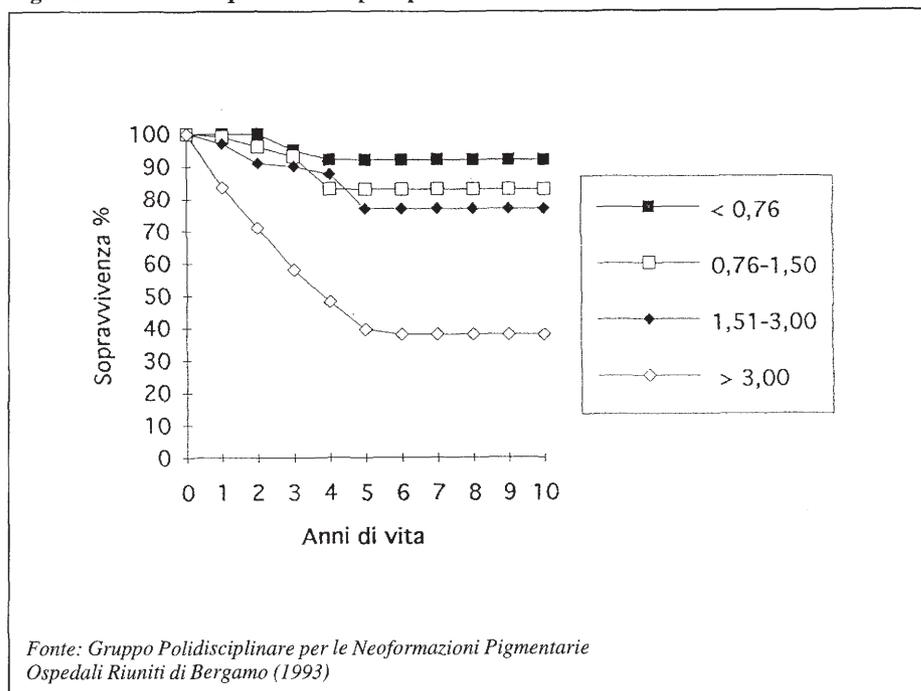
vati così calcolati sono complessivamente pari a 233,49 (14).

Poiché gli anni di vita salvati complessivi sono distribuiti lungo i dieci anni successivi alla diagnosi iniziale, è necessario determinarne il valore attuale ai fini del confronto con i costi corrispondenti; utilizzando un tasso di sconto del 5% il valore ottenuto è pari a 171,3 (15).

### 3.4. Costi

La valutazione dei costi diretti generati dalla campagna è basata sullo schema rappresentato nell'albero decisionale. Ad ogni nodo decisionale corrispondente una voce di costo a cui assegnare un valore monetario. Dopo la prima fase della diagnosi, costituita dalle visite specialistiche presso le U.S.I. e successivamente presso l'ospedale, i pazienti affetti da melanoma cutaneo sono suddivisi secondo lo stadio del tumore. In seguito, i melanomi al primo stadio vengono distinti in funzione dello spessore: essendo la

Figura 3 - Curve di sopravvivenza per spessore del melanoma



probabilità di sopravvivenza differente, anche i costi associati variano in funzione di questo parametro. Infatti all'aumentare dello spessore diminuisce la percentuale di pazienti da considerare guariti dopo l'asportazione del melanoma; inoltre, all'aumentare dello spessore diminuisce il tempo di passaggio dal primo al secondo stadio.

Prima di affrontare l'analisi vera e propria dei costi, risulta necessario effettuare una premessa metodologica sui criteri di quantificazione dei costi ospedalieri (la gran maggioranza fra quelli considerati in questo studio).

Come è noto agli esperti del settore, in Italia non sono attualmente disponibili informazioni attendibili sulla spesa in servizi ospedalieri, essendo tale spesa contabilizzata nell'ambito dei bilanci delle U.s.l. (Garattini, 1992). Esistono solamente delle stime sulla spesa complessiva effettuate dall'Istat (peraltro scarsamente attendibili), le quali tuttavia permettono unicamente la quantificazione di un costo medio per giornata di degenza, non differenziabile a livello di specialità. In questa ricerca i costi per visite, prestazioni specialistiche, ricovero e cura sono stati determinati partendo dai costi effettivi dell'ospedale di Bergamo, utilizzando i dati di contabilità per centri di costo dello stesso. L'imputazione dei costi alle singole prestazioni ha seguito un procedimento di tipo *step-down* (Drummond et al., 1987): definito il costo totale dell'ospedale, come somma delle sole spese in conto corrente, la valutazione dei costi è stata suddivisa in due fasi (16).

In prima fase si è passati da un costo complessivo annuo dell'intero ospedale ad un costo complessivo per singola divisione. La metodologia di ripartizione e di imputazione tiene conto della natura dei diversi costi, classificati secondo logica aziendale:

1) *costi diretti fissi*: sono indipendenti dal livello di attività sanitaria du-

rante l'anno ed è noto il valore imputabile direttamente alle singole divisioni; rientrano in questa categoria le spese relative al personale sanitario ed al personale non sanitario che svolge la propria attività in una specifica divisione;

2) *costi diretti variabili*: variano in funzione dei livelli di attività (maggiore sono le prestazioni eseguite, più elevato è il consumo di queste risorse); rientrano in questa categoria i costi di farmaci, presidi e beni specificamente imputabili alla divisione; inoltre, vengono incluse in questo gruppo le voci di costo il cui ammontare è considerato proporzionale al volume di attività della divisione (spese di lavanderia pulizia e vitto);

3) *costi indiretti*: rientrano in questa categoria tutti i costi generali non imputabili direttamente alle divisioni (spese legate ai servizi generali ed amministrativi). I criteri di ripartizione devono, quindi, tener conto delle caratteristiche e della natura dei costi stessi; in ogni caso, i parametri da preferire sono di tipo strutturale (dimensioni degli immobili, numero dei posti letto, del personale, ecc.)

Dopo questa prima suddivisione, la successiva fase è consistita nella ripartizione del costo totale della divisione tra le tre tipologie di attività interne ad essa:

— degenza (attività di ricovero, cura e, per le sole specialità chirurgiche, di sala operatoria);

— ambulatorio (visite specialistiche);

— *day-hospital* (attività di cura con ricovero solamente diurno).

Anche in questo secondo passaggio il processo di imputazione dei costi per attività è analogo a quello seguito nella prima fase (17).

### 3.4.1. Costi organizzativi

I costi organizzativi comprendono tutte le spese sostenute nella cam-

agna di informazione dei cittadini negli anni 1989, 1990, 1991. Le spese sostenute durante la campagna sono quelle legate alle attività di consulenza organizzativa ed alla produzione e diffusione di manifesti e *brochures* (distribuiti presso farmacie, U.s.l. ed ambulatori dei medici di base), filmati sulla televisione locale ed inserzioni sui giornali della Provincia. La scelta di considerare congiuntamente i tre anni di campagna comporta l'imputazione di un unico costo iniziale complessivo, pari a lire 426.846.000; è opportuno, comunque, sottolineare che le spese sostenute nel primo anno (1989) sono state finanziate dalla Banca Popolare di Bergamo in qualità di *sponsor* della campagna; tuttavia, questo minor costo non è stato preso in considerazione poiché si è deciso di valutare un rapporto costo-efficacia collegato alle condizioni reali in cui tali campagne devono essere condotte.

### 3.4.2. Costo visite specialistiche ambulatoriali

Come già detto, il numero delle visite specialistiche conseguenti alla campagna ed effettuate presso gli ambulatori delle U.s.l. della provincia di Bergamo è conosciuto limitatamente al 1989 (primo anno della campagna). Utilizzando la proporzione fra le visite specialistiche ambulatoriali e quelle ospedaliere dal 1989, si è stimato il numero di visite incrementalmente relative agli altri cinque anni oggetto del confronto fra periodo in cui si è svolta la campagna del melanoma e periodo pre-campagna.

Il valore così ottenuto è di 11.215 visite addizionali.

Il costo unitario di ogni singola visita, lire 26.400, corrisponde al valore stabilito dal nomenclatore tariffario nazionale (D.M. 7 novembre 1991), cioè a quello delle visite specialistiche in centri convenzionati con il S.s.n. (18).

Complessivamente, il costo incrementale attribuito alla campagna è di lire 296.076.000.

### 3.4.3. Costo visite specialistiche ospedaliere

Queste visite sono aumentate di 1.443 unità rispetto al periodo precedente la campagna; essendo eseguite in ambito ospedaliero, la stima del costo unitario prende come riferimento i costi della divisione di dermatologia. Utilizzando il costo per visita di lire 50.000, risulta un costo totale indotto dalla campagna di lire 72.150.000.

### 3.4.4. Costo biopsia escissionale

La biopsia escissionale (19) ha il fine di stabilire, una volta effettuate le visite dermatologiche, se la lesione sospetta sia o meno un melanoma (in caso negativo, dopo la biopsia, il paziente avrà terminato il suo percorso terapeutico). Rientrano in questo gruppo sia le diagnosi di nevi sia quelle di melanomi: si tratta di 521 (389 nevi e 132 melanomi) interventi escissionali complessivi. Il costo unitario è rappresentato, in questo caso, dal costo giornaliero per paziente del *day-hospital* di dermatologia, stimato in lire 400.000. Il costo complessivo risulta, quindi, pari a lire 208.400.000.

### 3.4.5. Costi stadio 1

a) *Asportazione chirurgica*. Dopo la biopsia è previsto un intervento chirurgico di «allargamento» (20) per i soli melanomi al primo stadio (pari a 123 casi), eseguito presso la divisione di chirurgia plastica. Il periodo di degenza è costituito mediamente da 7 giorni in dermatologia, con un costo per giornata di degenza (CGD) pari a lire 240.000, e 6 giorni in chirurgia plastica, con un CGD di lire 425.000. Il costo medio per paziente è, quindi, uguale a lire 4.230.000 e quello complessivo a lire 520.290.000.

b) *Follow-up*. Dopo l'asportazione è previsto un *follow-up* in regime ambulatoriale, costituito da 4 visite annue di controllo. Si considera come costo unitario quello della visita ospedaliera precedentemente determinato e, pertanto, il costo annuo di *follow-up* per paziente è di lire 200.000.

La durata del *follow-up* dipende dallo spessore del melanoma. Per i pazienti guariti, il cui numero è determinato in funzione delle probabilità di sopravvivenza ( $p_i$ ) dedotte dalle curve in figura 3, si considera una durata complessiva del regime di *follow-up* di 5 anni, mentre per i non guariti ( $1-p_i$ ) si avrà un'evoluzione della malattia al secondo stadio in  $t_1$  anni (21).

### 3.4.6. Costi stadio 2

La linfoadenectomia è il trattamento chirurgico eseguito in chirurgia generale quando il melanoma è in stadio 2 (22).

La degenza è mediamente di 7 giorni in dermatologia, con un CGD di lire 240.000, e di 12 giorni in chirurgia generale, con un CGD di lire 375.000, poiché la durata media di questo stadio è stata stimata in un periodo di un anno per tutti i pazienti, indipendentemente dallo spessore, si è determinato un costo medio per paziente pari a lire 6.380.000, comprensivo sia della degenza sia delle visite di *follow-up* (co-

sto unitario determinato precedentemente).

### 3.4.7. Costi stadio 3

La cura dei pazienti in stadio avanzato consiste in trattamenti eseguiti in regime ambulatoriale (radioterapia) e di *day-hospital* a lire 120.000. Ipotizzando un ciclo di 20 trattamenti radioterapici e di 12 trattamenti chemioterapici, si è ottenuto un costo medio totale pari a lire 700.000 per ciclo di radioterapia e a lire 1.440.000 per ciclo di chemioterapia. Poiché non tutti i pazienti si sottopongono ad entrambi i trattamenti, il costo medio per paziente deve essere ponderato rispetto alle percentuali di ripartizione dei pazienti fra le differenti terapie (compresa l'alternativa «nessuna terapia»).

Il costo medio ponderato (CMP) per paziente così ottenuto è pari a lire 1.280.000 (23). A questo valore si deve aggiungere il costo associato alla «ristadiazione (24)» di tutti i pazienti effettuata in dermatologia (con una degenza di 7 giorni e, quindi, un costo per paziente di lire 1.680.000) all'inizio delle terapie di stadio tre.

Il costo medio per paziente risulta così pari a lire 2.960.000.

### 3.4.8. Costi indotti

I costi indotti, riassunti in tabella 1, riguardano il maggior consumo di risorse sanitarie generato dalla camp-

Tabella 1 - Costi indotti dalla campagna (in migliaia di lire)

Anno	STADIO 1 *		STADIO 2		STADIO 3		Costo totale
	N. pazienti	Costo annuo	N. pazienti	Costo annuo	N. pazienti	Costo annuo	
1	—	1.096.916	6	38.280	3	8.880	1.144.076
2	123	24.600	2	12.760	6	17.760	55.120
3	121	24.200	4	25.520	2	5.920	55.640
4	117	23.400	8	51.040	4	11.840	86.280
5	109	21.800	—	—	8	23.680	45.480
6	109	21.800	—	—	—	—	21.800

\* I costi sostenuti nel primo anno comprendono le visite specialistiche, la biopsia escissionale e le asportazioni chirurgiche.

I costi relativi agli anni successivi si riferiscono al *follow-up* dei pazienti.

gna: sotto il profilo economico, infatti, l'incremento del numero di melanomi diagnosticati comporta un aumento dei costi per la cura dei pazienti, conseguente all'incremento del numero di visite specialistiche, di giornate di degenza e di prestazioni mediche richieste per il trattamento di questa patologia.

In relazione ai trattamenti di stadio 1, per il primo anno viene indicata la somma dei costi per le visite specialistiche, le biopsie escissionali e le asportazioni chirurgiche, determinati nei paragrafi precedenti. A partire dal secondo anno, invece, vengono inclusi solo i costi per il *follow-up* dei pazienti con melanoma in primo stadio.

Per quanto concerne i costi sanitari indotti dalla campagna, si suppone che intercorra al massimo un anno tra le visite e le asportazioni dei melanomi in primo stadio e che i relativi costi siano considerati globalmente al termine del primo anno (25). Per la loro quantificazione, così come per i successivi costi, si sono utilizzati i valori unitari precedentemente determinati per le varie fasi del trattamento dei pazienti. Solo per i melanomi al primo stadio il costo del *follow-up* è stato considerato separatamente dai costi unitari per il trattamento, in quanto non tutti i pazienti sono destinati a seguire un regime di controllo di pari durata.

I costi relativi al trattamento dei pazienti in stadio 2 sono distribuiti nei quattro anni successivi all'inizio della campagna. Mentre nel primo anno ci si riferisce a pazienti a cui è stato effettivamente diagnosticato un melanoma al secondo stadio durante la campagna, nei tre anni successivi i pazienti trattati sono quelli con diagnosi iniziale di primo stadio e per i quali si è stimata una probabilità  $p_1$  di evoluzione in stadio 2 dopo un tempo  $t_1$  (26). Ragionamento analogo vale per i tratta-

menti di stadio 3; poiché si è stimato pari ad un anno il tempo di evoluzione dal secondo al terzo stadio, negli anni successivi al primo il numero dei melanomi è identico a quello di stadio 1, ma, ovviamente, posticipato di un anno.

### 3.4.9. Costi risparmiati

I costi risparmiati devono essere sottratti ai costi indotti al fine di determinare il costo netto incrementale della campagna. Sono considerati come risparmiati i costi evitati grazie alla diagnosi precoce: si tratta degli oneri relativi ai trattamenti di stadio 2 e stadio 3 dei pazienti guariti in seguito all'asportazione del melanoma; per la determinazione del momento in cui si verificheranno tali costi si è tenuto conto della stima del tempo ( $t_i$ ) «necessario» al passaggio agli stadi successivi al primo.

La tabella 2 mostra, suddivisi anno per anno, i costi complessivamente risparmiati.

**Tabella 2 - Costi risparmiati con la campagna (in migliaia di lire)**

Anno	STADIO 2		STADIO 3		Costo totale
	N. pazienti	Costo annuo	N. pazienti	Costo annuo	
0	—	6.380	—	2.960	—
1	—	6.380	—	2.960	—
2	1	6.380	—	2.960	6.380
3	18	6.380	1	2.960	117.800
4	90	6.380	18	2.960	627.480
5	—	6.380	90	2.960	266.400

**Tabella 3 - Costi totali attualizzati al tasso del 5% (in migliaia di lire)**

Anno	Costi organizzativi	Costi indotti	Costi risparmiati	Costi totali	Costi totali attualizzati al 5%
0	426.846	—	—	426.846	426.486
1	—	1.144.076	—	1.144.076	1.089.596
2	—	55.120	6.380	48.740	44.209
3	—	55.640	117.800	-62.160	-53.696
4	—	86.280	627.480	-541.200	-445.247
5	—	45.480	266.400	-220.920	-173.097
	—	21.800	—	21.800	16.267
<b>Totale</b>	—	—	—	<b>817.182</b>	<b>904.519</b>

### 3.5. Rapporto costo-efficacia

Il costo totale della campagna del melanoma è ottenuto sommando i costi organizzativi ed i costi sanitari indotti, sottraendo poi i costi sanitari risparmiati.

Il costo totale così ottenuto è pari a 817 milioni di lire, senza l'attualizzazione dei costi verificatosi in anni successivi a quello iniziale; il costo totale attualizzato al tasso del 5% è, invece, pari a circa 905 milioni (tabella 3).

Utilizzando i valori dei costi e dell'efficacia attualizzati al 5%, si ottiene un indice costo-efficacia di lire 5.280.000 per anno di vita salvato.

### 3.6. Analisi di sensibilità

Il criterio seguito nella presente valutazione economica è stato basato sulla stima puntuale dei valori di costo e di efficacia; si parla in questo caso di approccio deterministico alla valutazione economica poiché ad ogni variabile si associa un valore medio in cui

non si tiene conto della componente stocastica (il livello di confidenza probabilistica della stima dei valori delle singole variabili).

L'incertezza relativa alla valutazione delle singole componenti dell'analisi economica viene stimata facendo variare i parametri di costo e di efficacia, al fine di determinare il grado di sensibilità dell'indice ottenuto rispetto al rischio di eventuali modifiche delle variabili. Attraverso l'analisi dei valori di sensibilità, pertanto, si intende fornire una serie di stime puntuali ottenute utilizzando possibili valori in eccesso ed in difetto dei parametri.

Le variabili fatte oscillare rispetto al valore stimato sono stati i parametri di costo, l'efficacia ed il tasso di attualizzazione. Per le prime due variabili si è considerato un intervallo di ampiezza  $\pm 10\%$  rispetto al valore medio, mentre l'incertezza relativa alla determinazione del tasso di attualizzazione è stata valutata facendo variare questo parametro all'interno di un intervallo di  $\pm 2\%$  rispetto al valore «centrale» prescelto (5%). La successiva scelta operata è stata quella di determinare la variabilità massima del costo per anno di vita salvato; di conseguenza, vengono presi in considerazione solamente i valori limite entro cui oscilla potenzialmente l'indice di costo-efficacia (ICE) (Briggs et al., 1994).

In tabella 4 sono descritte le variazioni dei costi totali e dell'efficacia rispetto a variazioni dei parametri di costo unitario e dei relativi volumi di prestazioni sanitarie per i primi (27), del numero complessivo degli anni di vita salvati per la seconda. Poiché obiettivo di questa analisi è la ricerca dei valori limite dell'intervallo di oscillazione dell'ICE, gli aumenti di costo sono rapportati alle diminuzioni di efficacia e viceversa; inoltre, per ognuno dei possibili valori si sono considerate anche le variazioni del tasso di attualizzazione. Pertanto, il

valore massimo dei costi (circa 969 milioni) è rapportato al valore minimo di efficacia (137,32 anni di vita guadagnati), mentre il valore minimo dei costi (circa 846 milioni) è rapportato al valore massimo di efficacia (212,53 anni di vita guadagnati), ottenendo così gli estremi dell'intervallo ricercato: rispettivamente, lire 7.059.000 e lire 3.983.000.

#### 4. Conclusioni

La valutazione economica aiuta a sopperire alla mancanza del «mercato» come meccanismo automatico di allocazione delle risorse, valutando il beneficio, al netto dei costi, per la collettività derivante dall'attuazione di un progetto o intervento pubblico.

La decisione di intraprendere una campagna di educazione sanitaria per la diagnosi precoce del melanoma (così come per qualsiasi altro progetto avente finalità pubbliche) deve tener conto dei diversi impieghi alternativi delle risorse disponibili; quindi, l'utilizzo di un maggior numero di risorse per l'attuazione della campagna dovrà portare ad un risultato sanitario migliore rispetto a quello prodotto dalle alternative disponibili, al fine di giustificare sotto il profilo un tale investimento.

Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare tutte le componenti economiche e clinico-epidemiologiche giudicate rilevanti al momento della scelta fra un programma di pre-

venzione ed il normale trattamento terapeutico del paziente.

La campagna del melanoma, a fronte di una maggior efficacia complessiva dovuta ad un notevole incremento delle diagnosi precoci, ha comportato un aumento dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale. In questi casi l'approccio da seguire nella valutazione economica non può prescindere dall'utilizzo dell'analisi incrementale: infatti solo questo tipo di indagine fornisce al decisore la presentazione dei risultati adatta per la scelta dell'alternativa giudicata migliore, al fine di valutare se i maggiori costi trovino una giustificazione nei maggiori benefici ottenibili.

La stima del costo per anno di vita salvato è stata di lire 5.280.000; con l'analisi di sensibilità si è analizzata la variabilità massima di questo valore, compresa nell'intervallo 4-7 milioni di lire (rispettivamente,  $-23\%$  e  $+35\%$  rispetto al valore medio). La variabilità è abbastanza elevata, ma questi valori devono essere considerati come dei limiti estremi di oscillazione: infatti sono entrambi il risultato di ipotesi minime e massime di variazione per tutte le variabili stimate.

Poiché l'alternativa campagna comporta sia dei costi totali sia un'efficacia complessiva superiori ai corrispondenti valori associati al *do nothing*, ne deriva che la scelta fra le due alternative non è evidente sotto il profilo decisionale. In altri termini, spetta al *decision maker* valutare se il

Tabella 4 - Variazioni dei costi (in milioni di lire), dell'efficacia e del tasso di attualizzazione

Tasso	COSTI +10%	Valore centrale	COSTI -10%
7%	969	932	891
5%	934	905	870
3%	894	873	846
Tasso	EFFICACIA -10%	Valore centrale	EFFICACIA +10%
7%	137,32	152,58	163,85
5%	154,20	171,30	188,43
3%	173,88	193,20	212,53

maggior consumo di risorse è preferibile rispetto alla situazione iniziale (logica di equilibrio parziale); inoltre, egli dovrà valutare anche se l'intrapresa di un tale progetto è efficiente rispetto a tutti i possibili utilizzi alternativi delle risorse economiche disponibili (logica di equilibrio generale).

La valutazione economica contribuisce a rendere più esplicita la logica sottostante la prima scelta, cioè quella di equilibrio parziale, la quale è comunque vincolata a decisioni di carattere etico (in particolare, qual è il valore assegnato alla vita di una persona affetta da melanoma?).

La seconda scelta è soggetta ad un numero ancora maggiore di limitazioni di carattere tecnico ed ha implicazioni ancora più rilevanti sotto il profilo etico (quali sono in assoluto le scelte ottimali nell'utilizzo di risorse sanitarie? e, più in generale, qual'è l'allocazione ottimale di tutte le risorse?).

---

Gli autori desiderano ringraziare il collega Lorenzo Mantovani per il generoso aiuto ed i preziosi suggerimenti; un ringraziamento particolare, inoltre, per tutte le informazioni cliniche fornite ed il contributo nel disegno del lavoro al prof. Tullio Cainelli ed alla dott.ssa Giuliana Tribbia della Clinica dermatologica V dell'Università degli Studi di Milano, al dott. Pier Giuseppe Maifredi della divisione di radioterapia degli ospedali riuniti di Bergamo.

(1) Le forme di prevenzione sanitaria sono solitamente distinte in due categorie (Signorelli, 1992): a) prevenzione primaria: agisce sui fattori di rischio della patologia (nel caso del melanoma, quello considerato più comune è l'esposizione ai raggi solari), prima che la stessa si manifesti, adottando stili di vita adeguati; b) prevenzione secondaria: consiste nell'attuazione di misure per l'identificazione precoce delle malattie o delle condizioni a rischio e nell'immediato intervento terapeutico per interrompere o comunque rallentare il decorso.

(2) Il melanoma è il tumore maligno delle cellule della pelle chiamate melanociti; fra i tumori cutanei, è al tempo stesso quello meno frequente, ma anche quello caratterizzato dal tasso di mortalità più elevato. Il rimedio più efficace si è dimostrato essere, appunto, la diagnosi precoce del tumore, cioè la sua indivi-

duazione allo stadio primario (con diffusione ancora limitata alla sua localizzazione originale e, quindi, senza metastasi) e con spessore minimo (misurato in millimetri di profondità nella pelle).

(3) La distinzione è motivata dal differente costo associato alle due forme di erogazione delle visite (Garattini, 1992).

(4) Il numero di visite specialistiche ambulatoriali relative a sospetti melanomi è disponibile per il solo 1989. Pertanto, le visite incrementali imputabili alla campagna del melanoma per gli altri anni sono state stimate in modo proporzionale ai dati dell'anno citato.

(5) L'incremento delle asportazioni di nevi è correlato all'«effetto-informazione» della campagna di educazione sanitaria, essendo in alcuni casi la differenza fra nevi e melanomi accertabile solamente in seguito all'asportazione stessa ed al successivo esame istologico della lesione cutanea. Quindi, i costi indotti da tali accertamenti sono una conseguenza della campagna e devono essere considerati fra i costi complessivi.

(6) Le quattro classi di spessore in cui sono classificate le diagnosi si riferiscono agli intervalli utilizzati nella stima della sopravvivenza per spessore dei pazienti curati presso gli ospedali riuniti di Bergamo; i tre stadi, invece, sono *standard* riconosciuti a livello mondiale (GIPMe, 1991).

(7) Gli effetti indiretti di un programma sanitario concernono la valutazione dei costi e dei benefici sociali conseguenti alla cura o alla prevenzione di una particolare patologia. Rientrano in questa categoria le perdite di produttività e tutti i costi sostenuti dai cittadini in seguito alla malattia. Per un approfondimento teorico sulle problematiche connesse alla quantificazione degli effetti indiretti nelle valutazioni economiche in sanità si rimanda a Koopmanschap e Rutten, 1993.

(8) Gli effetti intangibili comprendono elementi soggettivi, quali il dolore e la preoccupazione associati a una determinata malattia, e, più in generale, l'insieme di fattori che incidono sulla qualità della vita del paziente. La quantificazione in valori monetari di questa categoria di effetti risente di evidenti limitazioni legate alla soggettività di tali condizioni di salute ed alla difficoltà di definire parametri di misura univoci. Per un approfondimento teorico del problema, si rimanda a Torrance e Feeny, 1989.

(9) Infatti la distribuzione temporale dei costi e dell'efficacia necessiterebbe, oltre che della suddivisione per spessore e stadio, anche dell'attribuzione su base annua delle diagnosi addizionali. Tuttavia quest'ultima informazione non è ottenibile poiché il dato incrementale

può essere calcolato rispetto ad un unico anno base o anno per anno, ma in ambedue i casi i risultati non avrebbero alcun senso logico.

(10) La stima dell'intervallo temporale è stata determinata su un campione di 164 pazienti con melanoma al primo stadio al momento della diagnosi iniziale. Per ogni paziente si sono determinati lo spessore e le date relative alle diagnosi di stadio 1 e stadio 2. Si è quindi ricercata la relazione matematico-statistica fra lo spessore del melanoma e l'intervallo di tempo (t) intercorrente fra i due stadi sopracitati. I risultati migliori, in termini di spiegazione della relazione da parte del modello, sono stati ottenuti attraverso un'analisi di regressione esponenziale semplice ( $R^2 = 0,52$  ed  $r = -0,72$ ).

(11) Queste percentuali provengono da un campione di 72 pazienti sottoposti a terapie e trattamenti del melanoma cutaneo in stadio avanzato presso la divisione di radioterapia degli ospedali riuniti di Bergamo.

(12) Negli studi epidemiologici l'arco temporale di dieci anni viene solitamente considerato significativo per valutare gli effetti sulla mortalità.

(13) Il principio alla base del calcolo della differenza è quello per cui, in assenza di diagnosi, il paziente si sarebbe ripresentato in futuro con uno spessore maggiore ed una probabilità di sopravvivenza inferiore. Poiché non è possibile conoscere puntualmente quale sarebbe stato questo spessore, si procede determinando dalle curve di sopravvivenza sottostanti il valore medio in corrispondenza di ogni anno (in altri termini, si assegna la stessa probabilità a tutti gli spessori successivi in assenza di diagnosi precoce).

(14) Tale valore risulta dalla somma degli anni di vita salvati per ognuno dei dieci anni e per le quattro classi di spessore. Ad esempio, gli anni di vita salvati corrispondenti ai 98 melanomi appartenenti alla prima classe di spessore (mm. <0,76) sono ottenuti come prodotto della differenza fra la percentuale di sopravvivenza della prima curva e la media delle percentuali delle tre curve sottostanti, con il numero effettivo di diagnosi (38).

(15) Le problematiche inerenti l'attualizzazione del valore di efficacia e la scelta del tasso di sconto sono ancora oggetto di dibattito in ambito teorico. I punti a favore dell'attuazione dei benefici sanitari futuri (la scelta da noi effettuata) si basano sulla relazione tra beneficio e costo sostenuto; essendo i benefici rapportati ad un certo costo monetario, nel caso ogni costo futuro venga scontato al presente anche gli anni di vita vanno attualizzati; affinché il confronto sia omogeneo, i benefici devono essere scontati allo stesso tasso applicato ai costi (Weinstein e Stason, 1977).

Ad ulteriore supporto della scelta di scontare i benefici, Keeler e Cretin (1983) sostengono che, in assenza di tale operazione, si genera il seguente paradosso: per ogni programma sanitario ne esisterà sempre un altro identico, rinviato nel tempo, con i medesimi benefici, ma con costi inferiori in quanto scontati; sarebbe così sempre conveniente spostare in avanti di un periodo (fino all'infinito) l'inizio di un programma.

(16) La decisione di non considerare la spesa in conto capitale è stata motivata dall'assenza di informazioni disaggregate sulla distribuzione della stessa fra le divisioni e i servizi ospedalieri. Si è preferito pertanto utilizzare dei dati di costo parzialmente sottostimati, piuttosto che effettuare un'imputazione grossolana di questa voce di spesa, oltretutto estremamente variabile di anno in anno.

(17) I costi per giornata di degenza, per visita ambulatoriale e per giornata di *day-hospital* esposti nei paragrafi successivi sono indistinti e, quindi, non prevedono una discriminazione fra le differenti patologie. È d'altronde necessario precisare che la differenziazione del costo per patologia richiederebbe dati molto dettagliati relativi sia all'attività delle singole divisioni, sia alla valorizzazione del differenziale esistente in termini di costo fra le patologie stesse.

(18) L'utilizzo di tale valore risulta inevitabile alla luce dell'assoluta mancanza di dati di costo relativi alle visite specialistiche effettuate nei distretti delle U.S.I.

(19) La biopsia escissionale è l'intervento di asportazione della lesione in caso di sospetto clinico.

(20) L'«allargamento» viene fatto per motivi di sicurezza dopo la biopsia escissionale; consiste nell'asportazione della cute intorno ai margini visibili dell'escissione (nel raggio di un centimetro per i melanomi non spessore inferiore a mm. 2 e di tre centimetri per i melanomi con spessore superiore a mm. 2).

(21) Ad esempio, per la prima classe di spessore, avente una probabilità di sopravvivenza  $p_1 = 0,92$ , 90 dei 98 pazienti esauriranno il ciclo completo delle visite; invece per i restanti 8, non essendo guariti nonostante la diagnosi precoce, si verificherà un'evoluzione al secondo stadio dopo  $t_1 = 3$  anni.

(22) Più precisamente, la linfadenectomia consiste nello svuotamento dei linfonodi regionali quando il melanoma è già metastatizzato.

(23)  $CMP = 0,18 \cdot 0 + 0,40 \cdot 2.140.000 + 0,25 \cdot 700.000 + 0,17 \cdot 1.440.000 =$  lire 1.280.000/paziente. Dove 0,18, 0,40, 0,25 e 0,17 rappresentano le incidenze percentuali delle differenti terapie (vedi 3.2). Ovviamente, il costo per i pazienti che si sottopongono ad entrambe le terapie (lire 2.140.000) è dato dalla somma dei costi dei cicli completi dei due trattamenti sopra calcolati.

(24) Con il termine «ristadiazione» s'intende l'insieme di procedure diagnostiche necessarie per valutare lo stadio di evoluzione a cui è giunto il melanoma; si tratta di specifici esami a cui viene sottoposto il paziente per cui progredisce il tumore.

(25) Di conseguenza, non vengono considerati costi di *follow-up* nel primo anno.

(26) Ad esempio, per le diagnosi appartenenti alla classe con spessore maggiore a tre millimetri, si avrà che 2 pazienti potranno essere considerati guariti in seguito alla diagnosi precoce (*follow-up* di 5 anni), mentre gli altri 2 passeranno al secondo stadio dopo un anno (quindi, con un *follow-up* di un solo anno).

(27) La variazione in aumento o in diminuzione viene applicata sia al parametro di costo, sia al dato relativo alla «quantità» di ogni prestazione. Ad esempio, se consideriamo il costo per paziente della degenza in dermatologia, questo costo è ottenuto come prodotto del CGD (240.000) e dal numero di giornate di degenza mediamente richieste (gg. 7) per tale prestazione. In questo caso, pertanto, considerando una variazione in aumento del 10% il costo per paziente è dato da:  $(240.000 \cdot 1,10) \cdot (7 \cdot 1,10) =$  L. 2.032.800 (+ 21%).

Di conseguenza, quando il valore di costo è il prodotto di più parametri, l'incremento complessivo è ben maggiore del 10%.

#### BIBLIOGRAFIA

BERNENGO M.G., DOVEIL G.C., LISA F., PIPPIONE M. ET AL. (1986), *Melanoma cutaneo nel centro melanomi di Torino. Sopravvivenza e correlazione con i fattori prognostici clinici ed istologici in 502 pazienti in stadio I (1975-1985)*. Giornale italiano di dermatologia e venerologia 121 (5):311-326.

BRIGGS A., SCULPHER M., BUXTON M. (1994), *Uncertainty in the economic evolution of health care technologies: the role of sensitivity analysis*. Health Economics 3:95-04.

DRUMMOND M.F. (1980), *La valutazione economica dei sistemi sanitari*. Milano, Franco Angeli.

DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1987), *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Milano, Franco Angeli.

GARATTINI L. (1992), *Il Servizio sanitario nazionale: organizzazione, servizi e finanziamento*. Milano, Kailash editore.

GIPME (GRUPPO ITALIANO POLIDISCIPLINARE SUL MELANOMA) (1991), *Il melanoma cutaneo: protocollo di diagnosi e terapia*. Atti di convegno, 24 giugno, Auditorium Schering, Segrate (Milano).

HOWARD K., CARUSO A., GAGE I., GELLER A.C. ET AL. (1990), *Evolution of Melanoma/Skin Cancer Screening in Massachussets. Preliminary result*, Cancer 65:375-379.

KATZ D.A., WELCH H.G. (1993), *Discounting in Cost-Effectiveness Analysis of Healthcare Programmes*. Pharmacoeconomics 3 (4):276-285.

KEELER E.B., CRETIN S. (1983), *Discounting of life-savings and other non-monetary effects*, Management Science 29 (3):300-306.

KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.H. (1993), *Indirect Cost in Economic Studies. Confronting the confusion*, Pharmacoeconomics 4 (6):446-454.

MACKIE R., HUNTER J.A.A., AITCHISON T.C., HOLE D., ET AL. (1992), *Cutaneous malignant melanoma*. Scotland, 1979-89, The Lancet 339:971-975.

MCCARTHY W.H., SHAW H.M. (1989), *Skin cancer in Australia*. The medical Journal of Australia 150:469-470.

MASRI G.D., CLARK W.H., GUERRY D., HALPERN A. (1990), *Screening and surveillance of patients at high risk for malignant melanoma result in detection of earlier disease*. Journal of American Academy of Dermatology 22:1042-1048.

SIGNORELLI C. (1992), *Elementi di metodologia epidemiologica*. Roma, Società Editrice Universo.

TORRANCE G.W., FEENY D. (1989), *Utilities and Quality-Adjusted Life Years*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 5:559-575.

WEINSTEIN M.C., STASON W.B. (1977), *Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices*. The New England Journal of Medicine 31:716-721.

# ORDINAMENTO, ORGANIZZAZIONE E MANAGERIALITÀ NELLA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA NEL QUADRO DELLA LEGGE N. 517/1993

di Gianni Ottone

I.R.Fo.Ge.Me.O. - Istituto di Ricerca e Formazione per la Gestione Medico Ospedaliera - Torino

**SOMMARIO:** Introduzione - Assetto strutturale e aspetti ordinamentali della rete ospedaliera - Le nuove leggi sanitarie di riforma con riferimento all'assistenza ospedaliera - Le linee di evoluzione del sistema ospedaliero negli altri Paesi industrializzati - Le prospettive di una nuova gestione manageriale degli ospedali - Conclusioni.

*The public hospital system presents critical aspects, mainly the lack of competition inside the network and the lack of management patterns. The review of the National Health Service, known as Law 502/92 and Law 517/93, just issued by the Parliament presents deep changes in regulations, organization and managerial aspects of the hospitals. From these considerations, the paper reviews the present organization of public hospitals, the aims and contents of the Law and the perspectives of the introduction of managerial running systems following a new concept of public services which will be considered like entrepreneurial organization.*

## Introduzione

Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'ospedale è e rimane la struttura sanitaria più complessa dal punto di vista organizzativo, risponde a esigenze singole e collettive con riferimento alla popolazione ed è deputato a diagnosi e cure di carattere specialistico, secondo e terzo livello dell'assistenza sanitaria.

Un'analisi del sistema ospedaliero pubblico in Italia e delle sue prospettive di trasformazione non può prescindere da un riferimento alla crisi del sistema sanitario pubblico e, in particolare, al ruolo dello Stato nel settore sanitario.

In termini sintetici, la crisi attuale del sistema sanitario pubblico è riconducibile ai seguenti fattori principali:

— strutturale divaricazione tra «potenzialità» consentita dalla scienza ed «effettività» collegata al funzionamento di sistemi sociali;

— elevata complessità organizzativa del sistema di offerta, *in primis* gli ospedali, con scarso investimento nel-

le competenze di «gestione della complessità»;

— elevato peso attribuito alle «politiche» e alla loro formulazione, in relazione all'attuale preferenza per il modello del «centralismo tecnocratico» dello Stato, e scarso peso attribuito alla «realizzazione delle politiche»;

— mancanza di un'appropriata articolazione del Servizio sanitario nazionale in «aziende di produzione di servizi sanitari», per cui conseguentemente nessuno dei poteri costituiti, a livello centrale e periferico, è in condizione di darsi carico della funzionalità e dello sviluppo di un sistema di grande complessità, necessariamente influenzabile da parte dei mutamenti ambientali e sociali.

Peraltro, occorre considerare che la trasformazione degli ospedali in «aziende di produzione dei servizi sanitari», che operano per il miglioramento della salute della collettività servita, secondo criteri di efficienza e di efficacia, non richiede soltanto competenze medico-cliniche e assi-

stenziali, che pure ne costituiscono l'elemento centrale, ma richiede anche competenze socio-organizzative, amministrative, tecnologiche e naturalmente economiche e finanziarie.

Al contrario, gli ospedali evidenziano attualmente una duplice problematica: risentono specificamente di alcuni dei fattori di crisi più rilevanti del Servizio sanitario nazionale; presentano caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali proprie che ostacolano la loro trasformazione nel senso suddetto.

Con questo lavoro ci si propone di analizzare l'attuale assetto strutturale e i fattori di crisi della rete ospedaliera pubblica, e in seguito le norme riguardanti l'assistenza ospedaliera contenute nelle nuove disposizioni di legge di riordinamento del Servizio sanitario nazionale.

Sulla base di questi analitici sono infine prese in considerazione le prospettive a favore dell'affermazione di una nuova gestione manageriale degli ospedali nel quadro di obiettivi di fun-

zionalità e di qualità, tenuto anche conto delle linee di modificazione ed evoluzione del sistema ospedaliero negli altri Paesi industrializzati.

### Assetto strutturale e aspetti ordinali della rete ospedaliera

Il quadro generale dell'organizzazione ospedaliera italiana è desumibile dalla Tab. 1, che consente di rilevare il numero e la relativa dotazione di posti letto degli ospedali pubblici e privati.

Ne emerge un primo dato apparentemente sorprendente: in Italia, il numero complessivo dei posti letto in rapporto alla popolazione è al di sotto della media utile indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che indica 10 posti letto per mille abitanti, di cui 6 per gli ospedali generali e specializzati e 4 per gli ospedali neuropsichiatrici e sanatoriali, questi ultimi da intendersi come lungodegenze. Dal grafico si rileva appunto che solo la regione Friuli-Venezia Giulia si avvicina e quasi raggiunge questo *standard* dell'O.M.S. mentre ben altre cinque Regioni non possono contare nemmeno sul quoziente di 6 p.l./1.000 abitanti, consigliato per coprire il fabbisogno di ricoveri per i casi acuti.

La Tab. 2 riporta un quadro d'insieme della recettività ospedaliera, intesa come posti letto in riferimento al numero degli abitanti, Regione per Regione, distinti tra ospedali privati e ospedali pubblici e, per quanto concerne questi ultimi, suddivisi a seconda del tipo di ospedale; la Tab. 3 riguarda invece i tassi medi di occupazione dei posti letto disponibili in ciascuna Regione.

Ne risulta un secondo dato: i posti letto risultano assai mal distribuiti sul territorio (addirittura entro un «campo di variazione» compreso tra 9,6‰ in Liguria e 5‰ in Valle d'Aosta).

Un terzo elemento di riflessione è il seguente: la dotazione di posti letto viene utilizzata in misura assolutamente disomogenea nel confronto tra Regione e Regione e nell'ambito di una stessa Regione, in particolare nel territorio dell'Italia meridionale, tra settore pubblico e settore privato.

Questi dati non esauriscono affatto l'analisi della rete ospedaliera in quanto sarebbe necessario esaminare altri

elementi statistici più specifici onde verificare tutti gli aspetti strutturali che caratterizzano il divario tra il quoziente di p.l. per abitante e il basso indice di produttività delle strutture ospedaliere, confermato dal tasso di utilizzazione medio a livello nazionale (inferiore al tasso medio di utilizzazione del 75%, indicato quale livello accettabile per la produttività degli ospedali dal Decreto Legge n. 27/88). Tuttavia, questa disa-

Tabella 1 - Ospedali pubblici e privati. Anno 1989 \*, numero, posti letto, posti letto per mille abitanti

<b>OSPEDALI PUBBLICI</b>		
<i>Generali</i>		
Numero .....	784	
Posti letto .....		264.045 = 4,78‰ abitanti
<i>Specializzati</i>		
Numero .....	145	
Posti letto .....		28.740 = 0,52‰ abitanti
<i>Psichiatrici</i>		
Numero .....	77	
Posti letto .....		26.320 = 0,48‰ abitanti
<b>Totale ospedali pubblici</b>		
Numero .....	1.066	
Posti letto .....		319.125 = 5,77‰ abitanti
<b>OSPEDALI PRIVATI</b>		
<i>Generali</i>		
Numero .....	419	
Posti letto .....		42.512 = 0,77‰ abitanti
<i>Specializzati</i>		
Numero .....	117	
Posti letto .....		4.934 = 0,27‰ abitanti
<i>Psichiatrici</i>		
Numero .....	85	
Posti letto .....		19.129 = 0,35‰ abitanti
<b>Totale ospedali privati</b>		
Numero .....	625	
Posti letto .....		76.574 = 1,39‰ abitanti
<b>TOTALE OSPEDALI PUBBLICI E PRIVATI</b>		
Numero .....	1.691	
Posti letto .....		395.699 = 7,16‰ abitanti
* Dati disponibili (si riferiscono al 96% circa del totale). Fonte: Elaborazione su dati Istat e Archivio «La Rivista Medica Italiana».		

mina costituisce la premessa che consentirà di illustrare in seguito i fattori di crisi del sistema.

Un altro dato di analisi riguarda gli *standard* di posti letto e di personale.

La classificazione degli ospedali in zonali e multizonali, stabilita dalla Legge n. 833/78 è stata in seguito integrata dalla Legge di Programmazione Sanitaria del 1985 che ha definito qualità, tipologia e collocazione delle strutture sanitarie per l'esercizio delle «attività di alta specialità».

Nel dicembre 1984, il CIPE ha stabilito la distribuzione dei posti in percentuale con riferimento alle singole discipline; la Legge n. 595/85 ha adottato per il sistema ospedaliero lo *standard* di 6,5 p.l./1.000 abitanti indicato come ottimale per soddisfare il fabbisogno di ricovero (lo *standard* suddetto veniva riferito al tasso di ospedalizzazione della popolazione residente nella Regione e poteva essere variato in misura proporzionale ai flussi di ricovero da altre Regioni).

Il Decreto Ministeriale sugli *standard* ospedalieri del settembre 1988 ha fissato altresì gli *standard* di personale ospedaliero con riferimento al dimensionamento, alla caratterizzazione tipologica e alla strutturazione interna dei presidi ospedalieri; tuttavia, sia la Corte Costituzionale (sent. n. 338/1989) che il T.A.R. del Lazio (sent. n. 1131/1989) rispettivamente hanno dichiarato illegittime talune disposizioni e hanno annullato il decreto nella parte in cui non considera il servizio di pronto soccorso. In generale si può affermare che, a livello regionale, il suddetto decreto è stato tenuto in considerazione solo quale punto di riferimento generale non applicabile rigidamente nelle sue indicazioni sia per i successivi vincoli legislativi che per i vincoli di carattere finanziario.

Nel 1992, infine, sono stati rideterminati gli *standard* previsti dalla Legge di Programmazione Sanitaria del

**Tabella 2 - Anno 1988: posti letto per mille abitanti negli ospedali pubblici generali, specializzati e psichiatrici e nel complesso degli ospedali privati. Dati regionali**

Regioni	Posti letto ospedalieri per ‰ abitanti				
	Totale istituti	Ospedali pubblici			Ospedali privati
		generali	specializzati	psichiatrici	
Piemonte .....	7,1	4,5	1,0	0,4	1,2
Valle d'Aosta .....	5,0	5,0	—	—	—
Lombardia .....	7,8	5,3	0,6	0,6	1,3
Liguria .....	9,6	6,7	1,4	0,8	0,7
Trentino Alto Adige .....	8,2	5,9	1,0	0,6	1,3
Veneto .....	9,2	7,3	0,4	0,7	0,8
Friuli Venezia Giulia .....	7,3	7,5	1,5	0,6	0,7
Emilia Romagna .....	8,8	6,2	0,4	0,7	1,5
Toscana .....	8,3	6,2	0,4	0,8	0,9
Umbria .....	7,4	6,8	—	0,3	0,3
Marche .....	8,3	6,7	0,6	0,1	0,9
Lazio .....	7,9	4,4	0,6	0,3	2,6
Abruzzo .....	9,1	6,9	0,1	0,4	1,7
Molise .....	5,8	5,0	—	—	0,8
Campania .....	5,4	3,0	0,4	0,8	1,2
Puglia .....	8,2	5,7	0,6	0,2	1,7
Basilicata .....	7,6	4,9	0,2	—	2,5
Calabria .....	6,6	4,4	0,3	0,6	1,3
Sicilia .....	6,3	4,3	0,6	0,7	0,7
Sardegna .....	7,2	4,2	1,4	0,7	0,9
<b>Italia .....</b>	<b>7,9</b>	<b>5,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>

Fonte: Elaborazione su dati Istat e Archivio «La Rivista Medica Italiana».

**Tabella 3 - Anno 1989: dati ospedalieri regionali. Quozienti dei posti letto ospedalieri pubblici e privati \* per mille abitanti. Tassi medi di occupazione dei posti letto \*\***

Posto in graduatoria	Regioni	Posti letto ospedalieri *				
		Totale ‰ abitanti	Pubblici		Privati	
			‰ abitanti	occupazione media **	‰ abitanti	occupazione media **
1	Piemonte .....	6,42	5,20	72,1%	1,22	67,3%
2	Valle d'Aosta .....	5,04	5,04	83,6%	0,00	—
3	Lombardia .....	7,88	6,49	67,7%	1,38	72,6%
4	Trentino Alto Adige .....	8,40	7,01	74,4%	1,39	76,2%
5	Veneto .....	8,73	7,79	70,4%	0,93	62,7%
6	Friuli Venezia Giulia .....	9,60	8,75	72,2%	0,84	72,1%
7	Liguria .....	7,80	7,11	80,9%	0,68	54,5%
8	Emilia Romagna .....	7,78	6,23	78,4%	1,54	73,5%
9	Toscana .....	7,52	6,63	64,5%	0,89	74,5%
10	Umbria .....	6,87	6,43	70,4%	0,43	51,3%
11	Marche .....	8,25	7,04	65,8%	1,21	58,1%
12	Lazio .....	7,89	4,91	76,1%	2,98	72,4%
13	Abruzzo .....	8,79	6,98	66,3%	1,81	94,7%
14	Molise .....	5,04	4,18	72,7%	0,86	69,6%
15	Campania .....	4,87	3,44	70,0%	1,43	70,3%
16	Puglia .....	7,48	5,86	66,1%	1,62	80,5%
17	Basilicata .....	5,85	4,33	63,3%	1,52	123,4%
18	Calabria .....	6,22	4,59	59,2%	1,62	86,1%
19	Sicilia .....	5,52	4,71	64,7%	0,81	75,9%
20	Sardegna .....	6,08	5,01	67,7%	1,07	79,4%
	<b>Italia .....</b>	<b>7,16</b>	<b>5,77</b>	<b>69,8%</b>	<b>1,39</b>	<b>73,7%</b>

\* 96% del totale degli ospedali pubblici e privati.  
\*\* Media giornaliera delle giornate di degenza diviso posti letto e moltiplicato per 100.  
Fonte: Elaborazione su dati Istat e Archivio «La Rivista Medica Italiana».

1985, secondo una logica di riorganizzazione della rete ospedaliera, con i seguenti parametri:

— dotazione complessiva di posti letto stabilita in 6 p.l./1.000 abitanti di cui 0,5 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie;

— tasso di utilizzazione dei posti letto fissato nel 75% in media annua;

— tasso di ospedalizzazione fissato nel 160%;

— obbligo alle Regioni, nel quadro delle operazioni di rideterminazione e ristrutturazione della rete ospedaliera, di introdurre il modello delle «aree funzionali omogenee» con presenza obbligatoria di *day-hospital*, nelle quali confluiscono più unità lavorative.

Per quanto riguarda la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico degli ospedali pubblici, la Legge Finanziaria del 1988 ha stabilito un programma pluriennale di interventi in materia per il Servizio Sanitario Nazionale che dovrebbe perseguire obiettivi di: riequilibrio territoriale delle strutture; ammodernamento e potenziamento tecnologico; completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri e *day-hospital*; realizzazione o acquisizione di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere; potenziamento delle strutture sanitarie preposte alla prevenzione. Le disposizioni suddette sono state successivamente rinviate e solo recentemente il Governo ha disposto la loro applicazione a livello regionale, tuttavia limitando fortemente il quantitativo di spesa consentito in materia e vincolando gli interventi.

Occorre inoltre considerare la questione della spesa ospedaliera.

A questo proposito è opportuno ricordare che, nell'attuale struttura dei bilanci delle U.s.l. non esiste una voce scorporata dalle altre per quantificare correttamente i costi di questo capitolo della spesa corrente (il cui anda-

mento negli anni è indicato dalla Tab. 4); tuttavia, secondo una stima calcolata anni fa dal Ministero della sanità, sarebbe ipotizzabile un calcolo che considerasse per la spesa ospedaliera la somma del 72% di quella per beni e servizi e dell'82% della spesa per il personale.

Applicando il suddetto assunto nel 1992, la spesa ospedaliera sarebbe stata di circa 42.870 miliardi, con un incremento globale, considerando personale, beni e servizi, del 2,3% rispetto all'anno precedente. Infine il D.P.R. relativo ai livelli uniformi di assistenza sanitaria ha fissato una spesa per l'assistenza ospedaliera, autonomamente identificata fra i macrolivelli, di 46.845 miliardi in valore assoluto totale a cui corrisponde un parametro capitaro di 810.720 lire, il maggiore rispetto agli altri settori di assistenza.

Secondo una valutazione sintetica, i fattori di crisi del sistema ospedaliero nel nostro Paese sono riconducibili a una duplice problematica.

In primo luogo, gli ospedali risentono specificamente di alcuni fra i più rilevanti aspetti critici del Servizio sanitario nazionale:

— mancanza, nell'ambito della sanità pubblica, di «ruoli manageriali investiti di responsabilità e dotati di au-

tonomia» tali da assicurare lo sviluppo e l'organizzazione di sistemi produttivi che possono perseguire contemporaneamente la soddisfazione dei cittadini in termini di qualità delle prestazioni, la valorizzazione delle risorse e lo sviluppo delle competenze, l'efficiente impiego delle risorse e l'equilibrio economico e finanziario della gestione;

— presenza di innumerevoli «centri di spesa», ossia di enti e servizi dotati strutturalmente di limitata autonomia e non soggetti a controlli e confronti efficaci;

— natura delle U.s.l., perno dell'organizzazione territoriale, quali centri di accorpamento di funzioni e servizi eterogenei, in una logica di scarsa o nulla giustificazione sul piano economico aziendale.

In secondo luogo, la crisi deriva da alcune caratteristiche proprie della rete ospedaliera pubblica:

— la mal distribuzione territoriale dei posti letto in rapporto agli abitanti, con notevole differenziazione fra Regione e Regione e rispetto alla media nazionale (in particolare, per quanto riguarda gli istituti di cura pubblici, i minori quozienti di p.l. si riscontrano principalmente nelle Regioni meridionali);

Tabella 4 - Composizione percentuale della spesa corrente

	1988	1989	1990	1991	1992 *
Spesa corrente di cui:.....	100	100	100	100	100
Personale .....	39,49	39,04	39,12	40,12	40,44
Beni e servizi .....	17,11	18,06	17,73	17,27	17,73
Med. gen. conv. ....	6,76	6,22	6,02	6,17	6,30
Ass. farmaceutica .....	17,52	17,47	17,61	16,22	16,15
Ass. osped. conv. ....	9,57	10,09	9,79	9,94	9,05
Ass. spec. conv. int. ....	1,10	1,09	1,18	1,27	1,26
Ass. spec. conv. est. ....	4,73	3,86	3,28	2,85	2,80
Altra ass. ....	3,19	3,56	4,36	4,95	5,04
Obiett. di piano .....	0,30	0,30	0,48	0,55	0,50
Mutui e int. pass. ....	0,23	0,31	0,43	0,66	0,73

\* Dati stimati.

Fonte: Relazione Generale sulla situazione economica del Paese (anno 1992).

— il carente coordinamento e la scarsa armonizzazione secondo i diversi livelli di qualificazione e di riferimento degli ospedali in sede regionale e nazionale e il conseguente fenomeno della mobilità infra e soprattutto interregionale dei pazienti (in particolare fra le Regioni che ricoverano il maggior numero di pazienti non residenti nel proprio territorio si devono citare l'Emilia Romagna, la Lombardia, il Lazio e il Veneto);

— il mancato coordinamento con il settore dell'assistenza sanitaria di base, la grave insufficienza della rete territoriale di servizi riabilitativi e la cronica insufficienza dell'attuale dotazione di posti letto in strutture di assistenza ai lungodegenti, tutti fattori che contribuiscono ad ampi fenomeni di oggettiva attribuzione di compiti impropri agli ospedali;

— la gestione di vari ospedali caratterizzata da spiccate differenziazioni di efficienza e quindi di costi;

— le diseconomie date da un'innovazione tecnologica non uniforme e non meditata, con scarsa o nulla applicazione del processo, internazionalmente noto, strutturato e multidimensionale di analisi e di decisione rispetto alle tecnologie biomediche utilizzate, conosciuto come «technology assessment»;

— la progressiva ipertrofia delle spese e le difficoltà nell'azione di eliminazione degli sprechi nel quadro della attuale mancanza di un'appropriata strutturazione degli ospedali, autonomamente e/o all'interno delle U.s.l., in «aziende di produzione di servizi sanitari» efficacemente responsabilizzate e messe in condizioni di provvedere alla funzionalità e allo sviluppo propri.

I fattori di crisi sovraelenati dimostrano che:

— i provvedimenti legislativi assunti dai Governi e dal Ministero della sanità negli anni dal 1984 al 1992 non

sono stati in grado di correggere la mal distribuzione dei posti letto in sede territoriale, la scarsa armonizzazione nell'ambito della rete ospedaliera pubblica e le diseconomie;

— il quadro legislativo e programmatico «forte» determinato dalla Legge n. 833/78 (i cui contenuti accentratori, burocratici e di «garantismo sociale» incurante di verifiche dell'efficacia e dell'efficienza delle cure sono ben noti) ha impedito sia la competizione positiva in un quadro collaborativo nell'ambito del sistema di offerta di servizi che la responsabilizzazione per la ricerca della compa-

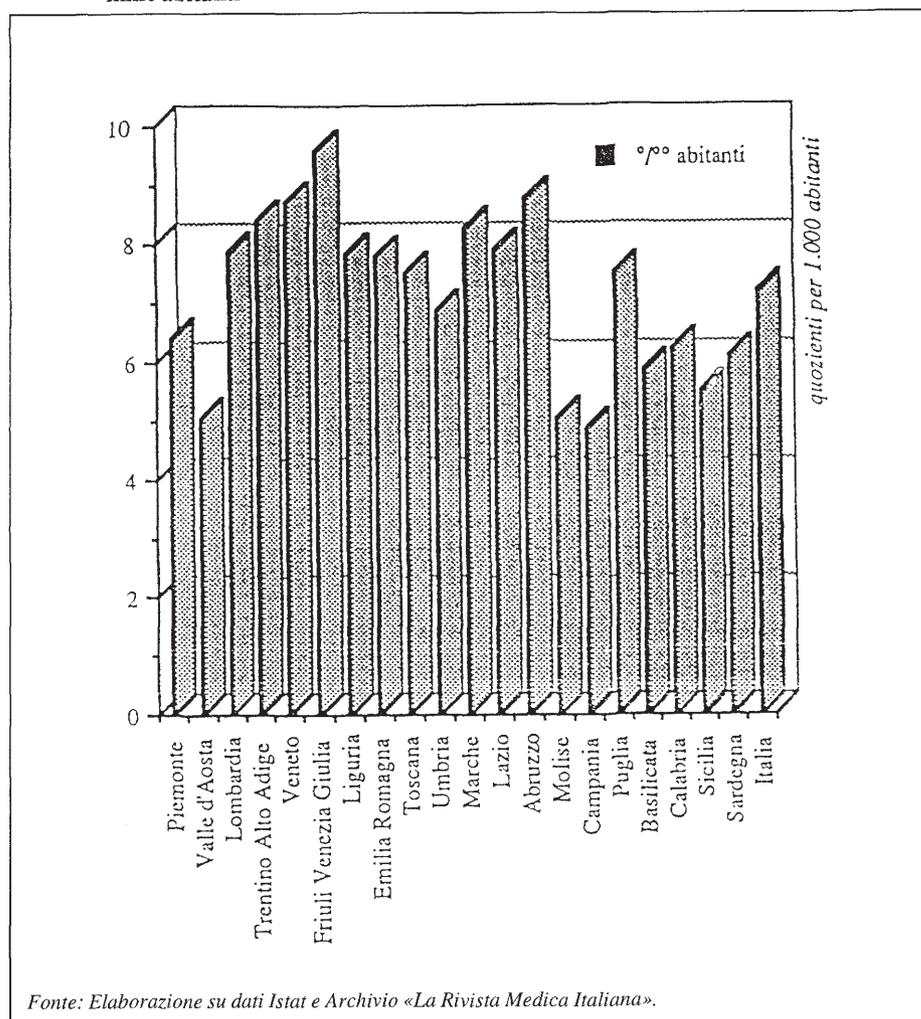
tibilità operativa tra risorse e livelli assistenziali.

Pertanto, i tempi sembrano maturi per:

— introdurre sistemi idonei a rilevare, distinguere e valorizzare comportamenti coerenti con le esigenze di dare risposte a bisogni di salute e invece a penalizzare comportamenti orientati a perseguire fini e obiettivi particolari onde superare il livellamento burocratico di responsabilità, meriti e risultati e favorire il recupero dell'efficienza;

— introdurre quindi logiche di tipo manageriale nell'esercizio delle fun-

**Grafico - Anno 1989: posti letto ospedalieri (pubblici e privati) per Regione, quozienti per mille abitanti**



zioni professionali di responsabilità dei dirigenti medici, sanitari e amministrativi degli ospedali affinché si strutturi gradualmente un ambito organico di principi, metodi e strumenti tramite i quali è possibile aumentare la funzionalità e dominare la complessità dei servizi ospedalieri;

— spostare il fulcro del sistema sanitario ponendo al centro l'autonomia e la responsabilizzazione regionale che si manifesti attraverso la possibilità di modificare i livelli assistenziali in senso migliorativo e la facoltà/obbligo di imporre contributi propri finalizzati al raggiungimento dell'equilibrio tra spese e finanziamento, ferma restando la definizione di livelli uniformi di assistenza.

Si tratta quindi di identificare in quale misura le nuove leggi sanitarie rispondono alle esigenze di superamento dei fattori di crisi e di introduzione di logiche di tipo aziendale e di gestione manageriale dei servizi.

### **Le nuove leggi sanitarie di riforma con riferimento all'assistenza ospedaliera**

Le nuove disposizioni di legge a cui si fa riferimento nel presente testo sono le seguenti: la Legge n. 517/93 che completa la precedente Legge n. 502/92; il D.P.R. sui livelli uniformi di assistenza sanitaria ai sensi della Legge n. 438/92.

La Legge n. 517/93 introduce alcuni principi generali fra cui: principi di autonomia e norme di responsabilizzazione delle Regioni; aziendalizzazione delle strutture di offerta (ospedali e U.s.l.); competizione nel sistema di offerta; separazione tra funzione politica e funzione direttiva. Tuttavia, si può affermare che i suddetti non intendono o riescono a prefigurare un preciso modello di sistema sanitario nazionale, ma costituiscono norme che lasciano, su molte questioni, pro-

prio al legislatore regionale il compito di decidere un assetto per il sistema (in particolare è cruciale l'approvazione di leggi regionali che definiranno il modello organizzativo e istituiranno le aziende ospedaliere).

In generale, le suddette norme avrebbero alcuni scopi fondamentali: il passaggio dal garantismo alla competizione (tra strutture pubbliche e tra pubblico e privato); il passaggio dalla tendenziale gratuità delle prestazioni a una più estesa compartecipazione al costo dei servizi e corresponsabilizzazione economica del paziente-utente; il passaggio dal modello amministrativo basato sul controllo sugli atti, al modello aziendale basato sul controllo dei risultati e sull'introduzione di sistemi manageriali di gestione; il passaggio dall'uniformità centralistica a quella della differenziazione legata al cambiamento.

La Legge n. 517/93 stabilisce le seguenti norme per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera:

— costituzione di aziende ospedaliere con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa-patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, in base a criteri di rilievo nazionale e di altra specializzazione comprovati da particolari requisiti o in base alla destinazione a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza o essendo sedi del triennio clinico della Facoltà di Medicina;

— indicazione degli ospedali non azienda quali presidi delle U.s.l., ma con loro attribuzione di autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio della U.s.l.;

— finanziamento delle aziende ospedaliere che avviene da parte delle Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, sulla base dei seguenti principi:

a) attribuzione di una quota del fondo sanitario attribuito alla Regio-

ne, destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nella condizione di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;

b) previsione di introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate sulla base di tariffe definite dalla Regione;

c) previsione di quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini e di introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori;

d) previsioni di lasciti, donazioni e rendite patrimoniali;

— indicazioni circa l'obbligo per le aziende ospedaliere di chiudere il proprio bilancio in pareggio (l'eventuale avanzo è utilizzabile a livello aziendale per investimenti e forme di incentivazione del personale, mentre il disavanzo comporta il commissariamento dell'azienda);

— introduzione di un sistema di contabilità economica non autorizzativa, un sistema di contabilità generale coerente con le nuove regole di responsabilizzazione economica, previa sperimentazione di un anno in cui il nuovo sistema si affiancherà alla vigente contabilità finanziaria.

In conclusione si può affermare che tutti gli ospedali si troveranno ad agire in un sistema che mette al centro di qualsiasi erogazione di prestazione sanitaria la «libera scelta» del cittadino. Il cittadino sceglierà certamente l'ospedale in grado di offrirgli le migliori cure o le cure che più lo soddisfano globalmente, e saranno solo questi gli ospedali che non perderanno la loro autonomia e la loro funzione di alta specializzazione, mentre gli altri dovranno necessariamente essere riconvertiti, ristrutturati o soppressi.

Il decreto del Presidente della Repubblica sui livelli uniformi di assistenza sanitaria ai sensi della Legge n. 438/92, emanato contemporaneamente al Decreto Legge n. 502/92, risponde a specifici obiettivi di garanzia di uniformità di trattamento a tutti i cittadini e di precisazione dei diritti dei cittadini e assicura certezze di obiettivi sanitari nel quadro della compatibilità finanziaria in un ambito rispettoso dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle Regioni, e tuttavia di piena responsabilizzazione finanziaria delle stesse.

Esso stabilisce le seguenti norme per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera:

— garanzia a tutti i soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale del diritto ai ricoveri necessari per patologie indifferibili, acute e di lunga durata che richiedono un trattamento non erogabile in forma diversa;

— erogazione gratuita dell'assistenza ospedaliera nelle varie forme di ricovero previste;

— erogazione di prestazioni sanitarie propriamente dette, prestazioni alberghiere e attività d'informazione;

— assicurazione del controllo sistematico della qualità del servizio ospedaliero prestato;

— indentificazione di indicatori di verifica.

Dal precedente *excursus* risulta un dato essenziale: la Legge n. 517/93 vede nella Regione il fulcro del sistema di sanità pubblica.

Le conseguenze più rilevanti di questo indirizzo sono le seguenti:

— la responsabilità del servizio sanitario e del relativo finanziamento è collegata alle decisioni regionali sia sotto il profilo dei costi che sotto il profilo delle entrate;

— molte variabili d'azione oggi in mano allo Stato diventeranno di diretta responsabilità delle Regioni.

Questo comporta da un lato il rischio di scelte divaricanti fra le varie Regioni, e a questo pericolo si contrappongono gli *standard* minimi di prestazioni e i relativi finanziamenti, e dall'altro la necessità di un profondo mutamento del ruolo e dell'operatività delle Regioni. Le Regioni potranno esercitare le funzioni strategiche loro affidate dalla legge se realizzeranno alcune condizioni fondamentali in termini d'azione fra cui: la capacità di ricercare l'equilibrio finanziario; la capacità di gestione delle entrate; la capacità di programmazione, d'innovazione e di controllo di gestione; la capacità di realizzare «sistemi premianti» i comportamenti desiderati.

In particolare, con riguardo all'assistenza ospedaliera, le Regioni dovranno evitare il rischio di ridurre l'autonomia delle aziende a pura autonomia operativa. Occorre creare le condizioni per un reale sviluppo dell'autonomia delle aziende in quanto o il sistema di responsabilizzazione è effettivo, oppure il risultato non potrà che essere un rinvio, assolutamente non auspicabile, di tutte le responsabilità alla Regione stessa.

In particolare, le leggi regionali di organizzazione regionale dovranno identificare sostanzialmente alcuni criteri a cui le singole aziende dovranno attenersi per la realizzazione della propria struttura organizzativa. Le strutture organizzative possono, anzi devono, essere diverse nelle aziende ospedaliere per rispondere non solo alle specificità locali, ma anche per valorizzare la creatività della responsabilità aziendale ponendo in primo piano la verifica dei risultati. Ne deriva la necessità per le Regioni d'identificare sia sistemi di controllo basati o sulla verifica delle singole decisioni di chi ha la responsabilità aziendale o sui risultati conseguiti e sulle risorse impiegate, che meccanismi di sviluppo della sperimentazione organizzativa e

gestionale al fine di introdurre modificazioni a livello di organizzazione del servizio.

Questa strategia deve tuttavia confrontarsi con un altro elemento fondamentale: lo Stato si limita a finanziare le Regioni nei limiti decisi dalla Legge Finanziaria tradotti in «quote capitarie di finanziamento», mentre, di fronte ai probabili costi di impianto dei nuovi assetti organizzativi (previsto accorpamento delle U.s.l. e costituzione delle nuove aziende ospedaliere), le Regioni devono provvedere attraverso gli strumenti indicati dalla Legge n. 517/93 in un quadro di scarsa preparazione a difficili scelte che potrebbero comportare nuovi oneri economici per i cittadini e/o la limitazione di servizi e prestazioni.

Mentre si esamineranno in seguito gli aspetti organizzativi e la necessità di un nuovo approccio manageriale necessari in sede ospedaliera per affrontare un cambiamento che non solo la legge ma una precisa tendenza impongono, in questo ambito ci si limita a sottolineare l'importanza di un profondo cambiamento nella contabilità delle U.s.l. e delle aziende ospedaliere al fine di superare le difficoltà e i vincoli finanziari che le Regioni, per i motivi sopra citati, possono incontrare con evidenti riflessi negativi a livello degli ospedali.

La legge chiama il direttore generale dell'azienda a rispondere dell'equilibrio finanziario complessivo e non già dei singoli atti di gestione: è il pareggio economico l'obiettivo da perseguire. Il passaggio da un sistema di contabilità finanziaria autorizzativa a un sistema di contabilità economica non autorizzativa è una significativa innovazione che rispecchia la necessità di cambiamento della gestione nella sanità pubblica ed è uno strumento fortemente coerente con il nuovo sistema di responsabilizzazione economica.

## Le linee di evoluzione del sistema ospedaliero negli altri Paesi industrializzati

I modelli istituzionali fondamentali di sistema sanitario e ospedaliero, presenti nei Paesi industrializzati, possono essere ricondotti essenzialmente a tre tipologie:

— sistemi pubblici, in cui i finanziamenti e la gestione degli ospedali presentano elevati livelli di interesse pubblico (ad esempio, in Gran Bretagna e in Italia);

— sistemi privati, in cui il finanziamento e la gestione presentano limitati livelli d'intervento pubblico (in particolare negli Stati Uniti fino all'approvazione del nuovo piano di riforma sanitaria presentato dal Presidente Clinton);

— sistemi misti, nei quali il finanziamento è prevalentemente pubblico ma la gestione degli ospedali è per lo più affidata al settore privato (ad esempio, in Germania, Giappone e Canada).

Per quanto riguarda le linee di modificazione, occorre ricordare che, ad esempio in Francia e Gran Bretagna, nel corso degli ultimi due anni, sono state introdotte nuove leggi di riforma dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, caratterizzate da meccanismi gestionali più spiccatamente manageriali.

Dall'evoluzione più recente dei suddetti sistemi, in particolare di quello britannico, è possibile riconoscere le linee di tendenza emergenti:

— la separazione tra la funzione di offerta (esercitata dagli ospedali) e la funzione di acquisto dei servizi diagnostici e di cura (i cui attori sono i dotti delle U.s.l., ecc.);

— la delega, a livello locale, di maggiori poteri e responsabilità.

La conseguenza più immediata delle suddette tendenze pare essere un processo in base al quale la competizione sta rapidamente imponendosi nei Paesi in cui il sistema era basato su

un'entità decisionale centralizzata e ove era usuale il fenomeno dell'egemonia di un ospedale su un determinato territorio per quanto riguarda la fornitura locale dei servizi.

In effetti, le due principali istanze che le riforme dei modelli sanitari occidentali hanno cercato di stabilire sono:

— l'introduzione di elementi di concorrenza per stimolare l'aumento della funzionalità;

— il mantenimento di un forte presidio pubblico che garantisca equità ed accesso a tutte le fasce sociali.

Nei Paesi industrializzati si sta quindi assistendo al fenomeno per cui i sistemi pubblici e misti hanno progressivamente introdotto meccanismi di mercato interno al sistema stesso, sia dal lato dell'offerta (decentramento, maggiore responsabilizzazione economica) che da quello della domanda (compartecipazione diretta al costo dei servizi utilizzati, maggiore libertà di scelta).

## Le prospettive di una nuova gestione manageriale degli ospedali

Le modificazioni in senso aziendalistico del sistema sanitario introdotte dalla Legge n. 517/93 hanno suscitato discussione circa la volontà dello Stato di introdurre nella sanità «forti elementi di mercato» dimenticando che, data la natura del bisogno di salute, dei servizi necessari a soddisfarlo e delle relazioni tra domanda (pazienti) e offerta (medici e altri operatori sanitari), si è in presenza di un mercato per molti versi «atipico».

Per essere in presenza di un «mercato» occorre in primo luogo promuovere aziende dotate di autonomia decisionale sufficiente per determinare il proprio equilibrio e non semplici «strutture amministrative» o «strutture operative» come sono state le Unità sanitarie locali nel sistema introdotto

dalla precedente Legge n. 833 del 1978.

Inoltre, occorre ricordare che l'applicazione in termini realistici e non utopici dei «meccanismi della competizione e del mercato» porta a prevedere una problematica di notevole complessità legata al miglioramento e all'aumento dei livelli dell'efficienza nella produzione e distribuzione di prestazioni e servizi e ai suoi effetti a livello di equità e di tutela del diritto alla salute.

Pertanto, le modificazioni dovranno comunque essere graduali, sottoposte a continua verifica a livello statale, regionale e aziendale, onde evitare di frantumare meccanismi delicati e di distruggere il vecchio ordine prima di avere costruito regole e meccanismi gestionali nuovi.

In particolare suscita una certa preoccupazione, rispetto all'introduzione del nuovo sistema, il fatto che la Legge n. 517/93 sancisca il proliferare dei soggetti sia dal lato dell'acquisto sia dal lato dell'erogazione delle prestazioni.

La messa in mobilità contemporanea di domanda e offerta appare difficilmente realizzabile, se non perdendo la possibilità di governo pubblico del sistema, e quindi la copresenza di questi due momenti rende il sistema indeterminato.

Le scelte delle singole Regioni potranno risultare determinanti ed esse dovranno quindi presumibilmente scegliere su quale versante inserire la prevalenza degli elementi di concorrenzialità e su quale mantenere la prevalenza del presidio pubblico.

Se la logica della trasformazione in senso aziendalistico degli ospedali sarà quella di perseguire «un modello di centralità di una nuova cultura per la sanità e per la gestione dei sistemi sanitari», lo Stato e le Regioni dovranno accentuare il loro ruolo di promotori di condizioni di ambiente favorevoli

alla soddisfacente soluzione di problemi complessi.

L'orientamento alla «logica aziendale» va inteso come sistema di nuove regole di funzionamento capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati assistenziali e di salute e risorse impiegate, sistema capace di discernere quei comportamenti, quelle persone, quelle strutture che contribuiscono al miglior perseguimento dei fini e degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale rispetto a quei comportamenti, a quelle persone, a quelle strutture che sono orientate a perseguire fini e obiettivi particolari.

Tuttavia, occorre piena coscienza del fatto che l'uso di sistemi avanzati di gestione deve costituire il punto di arrivo di un percorso caratterizzato da numerose tappe intermedie e nel contempo che occorre garantire congruenza tra potenzialità degli strumenti gestionali, complessità degli strumenti stessi e cultura organizzativa.

La gestione manageriale è in questo caso definibile quale processo di assunzione di responsabilità soggettivamente individuate e nel contempo quale logica di processi decisionali fortemente orientati alla modificazione e all'evoluzione dei comportamenti, all'efficiente gestione delle risorse, allo sviluppo qualitativo delle prestazioni dei servizi in congruenza con i bisogni della clientela-utenza e allo sviluppo di capacità di competizione nel quadro del sistema pubblico di offerta.

La funzione manageriale deve essere quindi intesa come capacità di programmare, coordinare e controllare le risorse necessarie alle attività proprie dell'azienda, quindi di muovere il sistema nel senso indicato e necessario e di influire significativamente sul raggiungimento degli obiettivi.

D'inciso, particolarmente complessa e cruciale appare la questione del-

l'introduzione di logiche di tipo manageriale nell'esercizio delle funzioni professionali di responsabilità del medico ospedaliero, responsabile dell'attività clinica di servizi di diagnosi e cura, considerate anche le norme relative allo stato giuridico e alla ristrutturazione della dirigenza medica contenute nel Decreto Legge n. 502/92.

La possibilità di successo dei ruoli manageriali di pertinenza dei medici ospedalieri è strettamente legata ad alcune condizioni che, anche se non sufficienti, appaiono almeno necessarie:

— un sistema d'incentivazione in grado di coniugare efficienza, efficacia, etica dei comportamenti e qualità delle prestazioni;

— un sistema informativo in grado di fornire le informazioni più adeguate alle decisioni sul piano professionale specialistico e su quello manageriale;

— l'integrazione dei due precedenti nel *budget* clinico quale strumento di programmazione, controllo e valutazione delle attività svolte a livello di divisioni, servizi e unità operative.

In conclusione, occorre affermare che una questione cruciale rispetto alle prospettive di una nuova gestione manageriale degli ospedali è quella relativa all'introduzione di sistemi di misurazione dei risultati secondo il principio della «responsabilità», vale a dire la capacità di separare le responsabilità e di attribuire a ognuno le proprie.

Nell'approccio alla responsabilizzazione il punto critico non sta nella conoscenza o nella disponibilità di modelli razionali di gestione, ma piuttosto nella capacità di attivare modelli di responsabilizzazione attiva (sentirsi responsabili di) e passiva (essere valutati in relazione a) sui vari aspetti dell'attività svolta.

A questo proposito pare opportuno che, in sede di applicazione della Legge n. 517/93, prendendo spunto dalle norme ivi contenute per le aziende

ospedaliere, di carattere contabile e relative al regime dei controlli, a livello regionale vengano utilmente approntati sistemi di indicatori per l'analisi gestionale, con *standard* riferiti anche ai risultati storicamente conseguiti, e principalmente validati mediante il confronto dei dati relativi alle singole aziende, opportunamente raggruppati in modo da garantirne una significativa omogeneità.

Più in generale si deve ricordare che le tecniche moderne di *management* pongono al centro delle funzioni direttive (direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario) la capacità di gestione delle risorse umane e quindi scopo primario del *management* delle aziende ospedaliere dovrà essere quello di raggiungere un alto livello di partecipazione attiva del personale allo sviluppo aziendale, mirata al raggiungimento di obiettivi strategici prefissati.

In specifico si fa riferimento alla necessità di adottare, a livello ospedaliero, metodologie di controllo di gestione inteso come l'insieme di strumenti di misurazione, di analisi e di interpretazione dell'attività aziendale posti in essere al fine di generare decisioni atte a orientare l'azione verso gli obiettivi della pianificazione strategica. In effetti si può affermare che il controllo manageriale rappresenta un insieme organico di logiche, meccanismi e strumenti finalizzati a orientare i comportamenti reali verso gli obiettivi di funzionalità reale dell'ospedale inteso in senso aziendalistico.

Occorre ricordare che il grado di controllabilità di un sistema è funzione:

— della possibilità di misurare il risultato del comportamento del sistema;

— della capacità di promuovere modifiche nei processi operativi;

— della tempestività della misura e degli interventi (da cui la notevole importanza del sistema informativo).

Quindi, il controllo di gestione si esplica nella misurazione e nella valutazione dell'attività di un'azienda in termini di efficienza e di efficacia, implica un approccio manageriale per obiettivi e si inserisce nel processo di programmazione rappresentando anche un sistema di monitoraggio.

La funzione dei sistemi di controllo di gestione consiste nel mettere in condizioni chi opera nell'azienda ospedale di:

- conoscere le modalità di svolgimento dei processi gestionali e le relative implicazioni in termini di assorbimento di risorse;

- valutare le concrete modalità gestionali adottate;

- decidere, sulla base di oggettivi elementi di conoscenza le migliori azioni da intraprendersi per garantire la congruenza tra i risultati ottenuti dall'azienda e i bisogni dell'utenza di riferimento.

La finalità ultima del sistema di controllo deve essere infatti quella di incidere sui comportamenti degli operatori dell'azienda guidando e orientando il loro processo decisionale e facilitando l'ottenimento di specifici obiettivi gestionali.

Il successo degli strumenti di programmazione e di controllo dipende dall'effettiva utilizzazione delle informazioni da parte di coloro che ricoprono posizioni di responsabilità gestionale ai fini di supportare le proprie scelte di gestione.

D'inciso, considerato che al medico responsabile di unità operativa competono le decisioni inerenti la gestione e l'organizzazione della stessa a livello operativo nonché la gestione dei rapporti e delle relazioni con le altre unità operative dell'ospedale, il sistema di programmazione e controllo dovrà fornire al medico dirigente le informazioni per svolgere compiutamente la sua funzione di ordine gestionale, oltre che professionale, nel-

l'ambito del proprio servizio o divisione.

Le prospettive gestionali del sistema ospedaliero in Italia sono inoltre legate ad alcuni elementi di analisi rispetto ai problemi dell'efficienza, dei costi, della produttività e della qualità.

In primo luogo, occorre considerare la necessità di conoscere correttamente la situazione attuale a livello regionale, sviluppando analisi della rete ospedaliera pubblica attraverso l'applicazione di tecniche capaci di rappresentare correttamente la complessità della diagnosi e la specializzazione della «clientela» degli ospedali.

Le suddette analisi potrebbero favorire la definizione di un metodo che permetterebbe di pervenire a un adattamento progressivo dei mezzi finanziari di cui dispongono gli ospedali alle caratteristiche della loro «clientela».

In secondo luogo, occorre ridefinire i problemi dell'efficienza.

Nell'ospedale sono identificabili tre «luoghi» dell'efficienza a livello dei quali, con fini e strumenti decisamente diversi, è possibile ipotizzare l'esistenza di meccanismi decisionali capaci di influenzare il rapporto tra costi sostenuti e risultati conseguiti:

- il «luogo» della produzione dei beni e dei servizi da consumare nel processo assistenziale (attività generali e di supporto);

- il «luogo» della formulazione delle strategie che stanno alla base del processo assistenziale e che precisano modalità e tempi di consumo dei beni e dei servizi disponibili (attività cliniche);

- il «luogo» del coordinamento tra coloro che operano e decidono a livello dei due «luoghi» precedentemente descritti (attività manageriali).

Si deve quindi ritenere che esistano differenze tra «efficienza di produzione» (propria del primo «luogo» e interpretabile in termini di capacità di

rendere disponibili al processo assistenziale beni e servizi al minor costo), «efficienza clinica» (propria del secondo «luogo» e interpretabile in termini di capacità di individuare strategie cliniche che permettono di consumare nel modo più razionale i beni e i servizi disponibili in funzione della soluzione dei problemi assistenziali osservati), ed «efficienza manageriale» (propria del terzo «luogo» e interpretabile in termini di capacità di rendere ottimale il rapporto tra produzione quali-quantitativa di beni e servizi prodotti e richiesta quali-quantitativa di beni e servizi per il processo assistenziale).

In terzo luogo, occorre valutare i costi dell'assistenza ospedaliera, il prodotto dell'attività dell'ospedale e la qualità dei servizi.

Bisogna tener conto del fatto che le Regioni dovranno effettuare scelte decisive al fine di disciplinare le modalità di finanziamento dell'azienda ospedaliera secondo i principi della Legge n. 517/93.

Per quanto riguarda il finanziamento regionale, i nodi critici sono:

- la determinazione della percentuale;

- la determinazione dei costi totali previsti (costi complessivi) sulla base di determinate ipotesi di saturazione della capacità produttiva attuale.

I nodi critici per il pagamento delle prestazioni sono invece:

- la definizione, rispetto a comportamenti indotti e a fattibilità amministrativa, di una misura di output per le prestazioni in regime di ricovero (giornate di degenza, numero di ricoveri, Diagnosis Related Groups o D.R.G.);

- la definizione del sistema tariffario.

Finora i tentativi di correlare più strettamente il pagamento al reale contenuto del servizio effettivamente prestato dai singoli ospedali sono qua-

si sempre rimasti infruttuosi per il grande numero di variabili da prendere in considerazione negli ospedali, nei diversi reparti dello stesso ospedale, nei singoli pazienti o nei gruppi di pazienti.

Il sistema D.R.G. rappresenta uno dei metodi più collaudati di classificazione e di misurazione dell'attività del prodotto ospedaliero sulla base di gruppi di casistica di ricovero classificati con riferimento alle condizioni cliniche, alle risorse utilizzate e, quindi, in relazione al costo, e costituisce un valido strumento per la razionalizzazione della programmazione sia a livello istituzionale (Stato, Regione) che a livello aziendale (singolo ospedale).

In effetti, il sistema D.R.G. viene considerato molto utile per le finalità di programmazione, di *budget* e di controllo di qualità e di gestione.

Ne consegue che la valutazione delle performance di un servizio o di un intero ospedale è valida soltanto se basata su indicatori di attività che tengano esplicitamente conto, controllandola, della complessità della casistica trattata.

Occorre inoltre tener conto in proposito che, nel processo produttivo di diagnosi e cura, il concetto dominante è rappresentato dalla variabilità sia dal lato della domanda (paziente) che dal lato dell'offerta (medico).

Il risultato dell'interazione fra variabilità della domanda e variabilità dell'offerta configura un processo tecnico operativo, unico e irripetibile, specifico e personalizzato per ogni singolo caso clinico trattato; in questa accezione il singolo caso trattato coincide con uno specifico processo produttivo, e perciò esisteranno tanti diversi processi produttivi quanti saranno i diversi, mutevoli casi di interazione tra variabilità psico-biologica e variabilità tecnico-professionale.

La compatibilità tra risorse e risultati andrà pertanto ricercata lasciando li-

bero il processo di combinazione delle risorse, come momento di esercizio della professionalità dei medici e di altri operatori, ma creando un meccanismo di confronto con l'esterno. La compatibilità tra risorse e risultati può essere stimolata con l'introduzione del concetto di standard, non di sole risorse e non di soli risultati, ma di rapporti standard tra risorse e risultati, o, per meglio dire, tra risorse e casi trattati. Inoltre, a livello gestionale, tenuto conto della necessità di sperimentazione nell'ambito dell'applicazione della Legge n. 517/93, occorre considerare che le aziende ospedaliere si caratterizzano quali sistemi organizzativi ultracomplexi a elevata valenza professionale e che la gestione di attività sanitarie specialistiche comporta la soluzione di frequenti e complessi problemi d'integrazione e di coordinamento.

Pertanto, un miglioramento dei processi decisionali e gestionali avverrà solo quando le aziende di servizi sanitari (ospedali) sperimenteranno e adotteranno, accanto e in rapporto dialettico con il sistema D.R.G., sistemi di gestione per *budget*, sistemi operativi per una gestione efficace ed efficiente, con responsabilizzazione delle unità operative verso obiettivi predefiniti.

I sistemi di gestione per *budget* consentono di: responsabilizzare gli operatori sui risultati e sull'uso delle risorse; allocare le risorse sulla base di obiettivi e programmi di attività definiti a livello regionale, aziendale e di unità operativa; istituire modelli di controllo di gestione per verificare periodicamente i programmi di attività.

L'ultima questione trattata si collega alla considerazione generale che, se è vero che la salute non ha prezzo, è altrettanto vero che essa ha un costo e, in periodo di congiuntura negativa, le aziende di servizi sanitari devono riuscire a coniugare le esigenze della do-

manda complessive di prestazioni con le esigenze dei singoli pazienti e, infine, con le limitate risorse a loro disposizione.

Un ulteriore aspetto della problematica analitica sulle prospettive gestionali riguarda la qualità, considerato anche il fatto che il miglioramento della qualità si accompagna a una riduzione dei costi e a un'ottimizzazione del livello di efficienza dell'ospedale.

La verifica e la revisione della qualità delle cure e delle prestazioni sanitarie è uno strumento fondamentale per la valutazione delle attività dei servizi sanitari.

La valutazione delle attività sanitarie implica la presa in considerazione, in ogni singola divisione, servizio o unità operativa, di ciò che concerne le valenze professionali, quelle organizzative e la verifica di qualità.

La qualità, a livello di prestazioni sanitarie, è un concetto relativo legato a valenze professionali, disponibilità delle risorse, accessibilità dei servizi, potenzialità dei rischi, soddisfazione degli utenti e degli operatori.

La valutazione della qualità delle attività delle unità operative nell'azienda ospedale implica l'identificazione e la definizione delle seguenti componenti: costi; strutture (in termini di risorse e organizzazione); processi (in termini di volume di attività e di effettuazione degli interventi); esiti (sia quelli intermedi che quelli finali); accessibilità; accettabilità e soddisfazione (dei pazienti, dei familiari e degli operatori).

Pertanto, la *quality assurance* o verifica e revisione della qualità delle cure (V.R.Q.) è un processo attraverso il quale si misurano e, quando necessario, si migliorano la qualità delle cure al paziente e i livelli di assistenza sanitaria.

In termini pratici la valutazione della qualità delle cure a livello di singole unità operative può avvalersi del metodo di autovalutazione collettiva o

audit. Per applicarlo all'attività globale di un'unità operativa si segue la seguente procedura: definizione degli obiettivi teorici del servizio; esame dei propri risultati e profili di attività; confronto dei propri risultati con gli obiettivi teorici e con i dati della letteratura medica; misura e spiegazione delle discrepanze; definizione delle azioni correttive; valutazione dell'impatto delle misure correttive intraprese, dopo un periodo determinato.

Le norme relative al controllo di qualità contenute nella Legge n. 517/93 appaiono significative ma carenti in quanto focalizzano l'attenzione sui poteri di vigilanza e ispettivi a livello istituzionale, mentre sarebbe opportuno prevedere, a livello regionale e aziendale, lo sviluppo di iniziative e programmi di V.R.Q. attraverso adeguati strumenti di attivazione, favorendo la partecipazione degli operatori sanitari, delle società scientifiche e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.

In sintesi, si può riconoscere che la nuova configurazione aziendalistica degli ospedali ha definito per legge gli organi incaricati della gestione e ha fornito a tali organi alcuni strumenti che possono consentire una gestione a carattere manageriale.

Tuttavia, il pieno utilizzo degli strumenti gestionali e di controllo dipende dalla configurazione delle aziende sulla base delle leggi regionali; dalla sperimentazione; dalla progressiva creazione di una cultura manageriale attraverso il coinvolgimento di operatori sanitari, tecnici e addetti ai servizi amministrativi, e lo sviluppo degli strumenti d'informazione che consentono di svolgere le funzioni di carattere gestionale.

## Conclusioni

Pensare a ospedali-aziende significa considerare realtà che dovranno essere

caratterizzate dalle seguenti modificazioni rispetto alla situazione attuale:

— maggiore autonomia operativa e maggiore rapidità decisionale;

— maggiore omogeneità di problematiche connesse agli aspetti specifici e più moderni delle attività di diagnosi e cura;

— disponibilità di finanziamenti specifici di parte corrente o per investimenti;

— più estesa possibilità di precisare una propria strategia definendo criteri e meccanismi di «filtro» dei pazienti tali da salvaguardare le condizioni di equilibrio operativo ed economico interno senza preoccuparsi di eventuali effetti negativi esterni;

— crescente pressione rivolta al controllo interno, ossia agli aspetti dei rendimenti, dei costi e del modo in cui essi si generano e si sviluppano nelle diverse unità organizzative.

Certamente, però, la gestione aziendale porrà i medici e gli altri operatori in una realtà in cui:

— saranno introdotti più estesi e puntuali sistemi di rilevazione dei dati, quantitativi e qualitativi, di prestazioni prodotte, di attività, di costi;

— saranno più frequenti e più complessi i confronti tra diverse unità operative, dello stesso ospedale o di ospedali diversi, sulla base di indicatori di efficacia degli interventi, di efficienza nell'impiego delle risorse, di costi, indicatori con diverso grado di complessità;

— sarà sempre più frequente la necessità di motivare le proprie decisioni (apertura di nuovi servizi, richiesta di attrezzature e/o di personale, ecc.) non solo sulla base di elementi clinici o medico-scientifici, ma sulla base di elementi organizzativi ed economici (ad esempio, l'analisi costi-benefici).

Ne consegue la cruciale importanza di perfezionare i sistemi di rilevazione delle attività oggi disponibili in quanto le attuali carenze degli stessi non rilevano in modo del tutto corretto il

contributo, positivo o negativo, che ogni persona od ogni *équipe* dà al conseguimento del risultato.

Infine, se oltre alla suddetta logica aziendale le scelte organizzative finanziarie e gestionali in sede regionale condurranno verso un'accentuata «logica d'impresa» in cui progressivamente il finanziamento regionale sarà ridotto affinché le aziende ospedaliere contino maggiormente su entrate proprie, il direttore generale necessariamente introdurrà criteri, indirizzi e sollecitazioni miranti a:

— aumentare i volumi delle prestazioni e dei servizi a pagamento, per aumentare i ricavi;

— sviluppare quei servizi e quelle prestazioni a più elevato margine di contribuzione (differenza tra tariffa e costo di produzione);

— cercare di trovare un giusto equilibrio tra qualità dell'assistenza e costi;

— realizzare azioni per «attrarre» pazienti-clienti anche sottraendoli ad altri presidi.

Tutti gli ospedali si troveranno ad agire in un sistema che mette al centro di qualsiasi erogazione la libera scelta del cittadino e questo costituirà uno stimolo oggettivo al perseguimento della funzionalità, dell'efficienza e della qualità e nel contempo, se i futuri ospedali saranno veramente gestiti con logica aziendale, i medici e gli altri operatori avranno il vantaggio di veder rilevati e riconosciuti i loro risultati positivi rispetto a chi non darà un pari contributo all'ospedale.

## BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E. (1992), *Dalla sanità di Stato allo Stato per la salute dei cittadini*. *Mecosan* 3:6-12.
- ZAVATTARO F. (1992), *Tecniche di controllo di gestione nelle strutture sanitarie*. Atti del convegno «La gestione manageriale dei servizi sanitari: l'esperienza italiana e britannica a confronto», Roma.
- MAGI D. (1993), *Annuario Sanità Italia*, 2:233-239; 3:354-366 (riferimento a relazione sanitaria O.M.S.).

- RACCO M. (1988), *Meno ospedali 1985*. Atti della conferenza internazionale: «Il sistema ospedaliero: la sfida degli anni '90 per l'azienda Italia», Roma 332-334; 348-350.
- DEL VECCHIO M. E LONGO F. (1992), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. n. 502/92*. **Mecosan** 6:49-62.
- ZANGRANDI A., TONDI F. E BANDINI F. (1992), *La Regione fulcro del sistema di sanità pubblica*. **Mecosan** 4:26-27.
- ZANGRANDI A. (1993), *Quale ruolo per le Regioni*. **Mecosan** 7:40-43.
- RACCO M. (1993), *Una riforma a costo zero*. *Isis* 6:1-4.
- ZANGRANDI A. (1993), *Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica*. **Mecosan** 6:32.
- ANESSI E. (1992), *Il governo della sanità nei Paesi industrializzati*. **Mecosan** 3:19-41.
- D'ELIA L. E BORGONOV E. (1992), *L'era della «rivoluzione manageriale» è iniziata?* **Mecosan** 1:2-4.
- FRANCESCONI A. E RAMPONI C. (1993), *La formazione manageriale per i medici dirigenti*. **Mecosan** 7:31-38.
- HANAU C. E SOUTEYRAND Y. (1985), *Problemi di efficienza degli ospedali del Piemonte*. (Ed. Regione Piemonte) 9-18.
- ZANETTI M. E MONTAGUTI U. (1991), *La voce di un medico organizzatore*. Atti del seminario «Costo, produttività, qualità: una sfida per l'ospedale del 2000». Fondazione Smith-Kline, Gardone Riviera.
- SACCANI F. (1991), *Influenza delle modalità di finanziamento sugli aspetti funzionali degli ospedali*. Atti del seminario «Costo, produttività, qualità: una sfida per l'ospedale del 2000». Fondazione Smith-Kline, Gardone Riviera.
- RAMPONI C. (1992), *Finalità ed obiettivi della valutazione del prodotto ospedaliero*. Atti del corso «Principi e strumenti manageriali per medici», Milano Medicina '92.
- ZAVATTARO F. (1993), *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*. **Mecosan** 5:24-35.
- SPANDONARO F. (1991), *Ipotesi sul controllo di gestione in sanità*. *Isis* 43:16-20.
- FRANCESCONI A. (1993), *Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione*. **Mecosan** 5:36-44.
- PERRARO F. (1992), *Gli strumenti di valutazione delle attività e la verifica di qualità*, in «La gestione manageriale dei moduli, delle unità operative e dei servizi ospedalieri di diagnostica strumentale», a cura di Ottone G. (Ed. I.R.Fo.Ge.Me.O.) 121-126.
- BORGONOV E. (1993), *L'ospedale diventa «impresa»*. *Italia ospedali* (Ed. ISIS) 3:4-5.

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

## PROVIAMO A FARE IL PUNTO SULL'ECONOMIA SANITARIA ITALIANA

di George France

Istituto di Studi sulle Regioni - Consiglio nazionale delle ricerche - Roma

Nel maggio 1992 si è tenuto a Roma il primo *Workshop di economia sanitaria*. Quell'incontro ha costituito il primo tentativo consapevole di mettere insieme economisti italiani con un interesse attivo nell'applicazione dei concetti, dei principi e degli strumenti propri delle loro discipline di studio ai fenomeni relativi alla salute ed all'assistenza sanitaria. Per questo motivo, la *call for papers* aveva carattere generale: l'intenzione era quella di far partecipare quanti più economisti possibile tra quelli che lavorano in questo campo, al fine di ottenere una prima idea delle risorse umane dedicate allo studio dell'economia sanitaria in Italia. Prevedibilmente, pertanto, i lavori presentati sono stati molto eterogenei riguardo agli argomenti trattati. È possibile, tuttavia, raggrupparli in quattro grandi categorie: organizzazione della sanità e finanziamento dei sistemi sanitari; gestione ed efficienza nella produzione dei servizi sanitari; valutazione economica e allocazione delle risorse sanitarie; equità, bisogni e scelte dei consumatori. Gli atti del *Workshop* sono stati pubblicati nel 1993 (France, Attanasio, 1993).

Il risultato probabilmente più importante del *Workshop* del 1992 è stato quello di far emergere un gruppo informale di economisti con un interesse per l'economia sanitaria e desideroso di mantenersi informato riguardo alle attività dei propri colleghi

e, più in generale, allo scambio delle relative esperienze di ricerca. In questo gruppo risultano rappresentate una ampia gamma di istituzioni: università; amministrazioni pubbliche centrali, regionali e locali; enti di ricerca pubblici; centri di ricerca privati. Già prima della conclusione del primo *Workshop*, molti tra i partecipanti avevano manifestato grande entusiasmo all'idea di ripetere l'esperienza. Evidentemente, la formula seguita nell'organizzazione del *Workshop* è piaciuta; in particolare, pare essere stata apprezzata l'opportunità di presentare i lavori in un clima di «intima collaborazione» tra colleghi economisti molto interessati e pronti a formulare critiche tecniche, anche severe, ma sempre oneste e costruttive. Questo, tra l'altro, è proprio il motivo per il quale è stato scelto il termine «workshop» per qualificare l'incontro.

È difficile quantificare con precisione il fenomeno, ma sembra certo che il numero di economisti che dedicano almeno parte della propria attività professionale all'economia sanitaria sia andato costantemente crescendo dal 1992. Vi è una nuova generazione di economisti che hanno conseguito, spesso nel Regno Unito o negli Stati Uniti, una specializzazione post laurea in economia sanitaria; anche il numero di tesi di laurea in questo campo appare in costante aumento.

Un secondo *Workshop* di economia sanitaria si è tenuto nel maggio 1994, sempre a Roma.

Questa volta, il *Workshop* si è svolto il giorno successivo al seminario su «Concorrenza e servizi sanitari», organizzato dall'Istituto di studi sulle regioni del Consiglio nazionale delle ricerche. La maggior parte dei relatori e dei discussant avevano partecipato al precedente *Workshop* del 1992.

Scopo del seminario era quello di offrire un contributo degli economisti al dibattito sul nuovo modello di servizio sanitario che si sta attuando in Italia a seguito dell'eliminazione dei decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993. In particolare, l'obiettivo era di affrontare le principali implicazioni economico-finanziarie connesse all'introduzione di forme di concorrenza all'interno del settore sanitario, tendendo conto dello stato dell'arte in materia di concorrenza nella sanità e delle esperienze di altri paesi. Il seminario si è articolato nelle seguenti relazioni: modelli concorrenziali e riforme dei sistemi sanitari, una prospettiva internazionale; modelli relazionali fra i servizi sanitari nazionali e i fornitori di prestazioni; la concorrenza nel settore ospedaliero; il ruolo del medico di base in un mercato interno sanitario; concorrenza e negoziazione fra assicurazione e Servizio sanitario nazionale; pluralismo di erogazione e livelli uniformi di assi-

stenza; concorrenza ed equità nella sanità; regime tariffario e regolazione degli scambi tra enti sanitari; la questione finanziaria nell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale 1980-1992; concorrenza e Servizio sanitario nazionale; una agenda per la ricerca scientifica dei prossimi anni (France, 1994).

La prima parte del *Workshop* è stata dedicata a delle discussioni e valutazioni sulle relazioni presentate al seminario da parte di un gruppo di *discussant*, seguiti da interventi da parte degli altri partecipanti al *Workshop*. Ci sono stati, poi, una serie di scambi di informazione sulle ricerche in corso di svolgimento. I partecipanti hanno manifestato un grande interesse per un terzo *Workshop*, da indire al più presto e si è discusso anche degli eventuali vantaggi e limiti di una formalizzazione del gruppo, costituitosi in un certo senso spontaneamente nel corso degli ultimi anni.

Anche se può essere difficile accordarsi su una precisa definizione di ciò che costituisce «l'economia sanitaria», questa materia è ormai da tempo diventata, anche in Italia, un ramo riconosciuto delle scienze economiche e si sono creati dei centri di studio specializzati in tale materia, sia in ambito universitario sia al di fuori di esso. L'economia sanitaria utilizza conoscenze appartenenti a diverse altre discipline quali, ad esempio, la medicina, e l'epidemiologia nonché le scienze giuridiche, organizzative ed amministrative. L'economia sanitaria affronta la problematica della scarsità relativa delle risorse e delle scelte riguardanti la loro allocazione. Non si tratta tuttavia soltanto di una questione di insufficienza di mezzi «per andare avanti»; esiste anche un problema di «eccesso», nel senso di scelte allocative inefficaci in termini clinici e/o di sprechi dal punto di vista dell'economicità e dell'efficienza tecnica. Al

fine di studiare tali processi allocativi, l'economia sanitaria fa riferimento a diversi campi della teoria economica: l'economia pubblica, l'economia del benessere applicata, l'economia industriale, dell'organizzazione e del capitale umano. Le analisi sono condotte a livello sia microeconomico sia macroeconomico, sebbene la maggior parte dei lavori esistenti siano a livello microeconomico. I compiti di un economista, che studia la sanità, ricalcano quelli di qualsiasi economista e sono: descrittivi (identificare, definire e misurare il fenomeno in questione); esplicativi (spiegare e predire tali fenomeni); valutativi (ordinare le differenti modalità di impiego delle risorse secondo predeterminati *standards*).

Sebbene, come notato in precedenza, gli economisti che in Italia si occupano di economia sanitaria sembrano essere in costante aumento, il loro numero è tuttora relativamente ristretto se lo si confronta, ad esempio, con la realtà britannica, olandese o scandinava. Anche il fatto che gli istituti di economia sanitaria in Italia siano raramente associati alle università rappresenta una differenza rispetto alle realtà estere. Da noi la maggior parte degli istituti di economia sanitaria sono istituti privati non a scopo di lucro. Ciò comporta che lo svolgimento della ricerca in questo campo avvenga necessariamente e prevalentemente su commissione, se non per quella parte svolta presso gli istituti universitari o presso enti di ricerca pubblici o da ricercatori in istituti privati nel loro tempo libero. Questa, in realtà, non è una situazione specifica dell'Italia. Ad esempio, molti dei centri di economia sanitaria pubblici nel Regno Unito dipendono in buona parte da questo genere di finanziamenti e per molti ricercatori, che lavorano su base contrattuale, il lavoro dipendente dalla loro capacità di continuare ad attrarre commesse di ricerca (data la condizione

della finanza pubblica, questo potrebbe essere un futuro scenario plausibile per le università e gli enti di ricerca pubblici anche in Italia).

Il fatto di dipendere in modo consistente da questo genere di finanziamento comporta lo svantaggio di dover selezionare argomenti di ricerca «appetibili» sul mercato e di dover completare la ricerca compatibilmente con le specifiche del contratto di ricerca ed entro i vincoli di tempo e di *budget* dettati dai contraenti. Può inoltre comportare che i risultati non vengano pubblicati, o per una esplicita decisione del contraente ovvero per mancanza del tempo necessario ai ricercatori («il tempo è denaro») per trasformare il rapporto di ricerca in una forma adatta alla pubblicazione da parte di una casa editrice (a parte le questioni del costo della pubblicazione) o di una rivista scientifica. Una parte non marginale del lavoro degli economisti sanitari italiani, pertanto, è probabilmente rimasto non pubblicato.

A questo proposito, va notato che in Italia chi desidera pubblicare nella propria lingua si trova in una posizione di svantaggio rispetto ai colleghi esteri in termini di numero di riviste specializzate disponibili. La situazione è andata tuttavia migliorando negli ultimi anni con la nascita di due riviste specializzate in economia sanitaria (*Mecosan* e la rinnovata *Organizzazione sanitaria*), nonché per la disponibilità da parte di una serie di riviste di economia a pubblicare saggi su temi attinenti alla sanità.

Quello che sembra mancare, in Italia, è il supporto finanziario «disinteressato» ai centri di economia sanitaria, in altri paesi fornito dai Ministeri della sanità, dalle autorità sanitarie subcentrali e dalle fondazioni private, per lo svolgimento della ricerca pura. Tali finanziamenti, a fondo perduto, vengono concessi, ad esempio, per ga-

rantire la copertura, per un determinato periodo di tempo, di parte delle spese correnti di un centro per delle ricerche di economia sanitaria in generale e/o su specifici argomenti. Lo stanziamento, che in genere viene erogato dopo un attento vaglio delle richieste avanzate da vari centri, può essere non rinnovabile ovvero rinnovabile solo dopo una valutazione approfondita delle attività del centro. Questo genere di finanziamento che, peraltro, per l'ente donatore comporta impegni finanziari relativamente modesti, sembra avere giocato un ruolo decisivo nel rapido sviluppo dell'economia sanitaria nel Regno Unito.

Inoltre, il fatto che un ente pubblico sia disposto a concedere un tale supporto finanziario segnala anche una fiducia nella possibilità che l'economia sanitaria possa fornire un contributo concreto alle scelte di politica sanitaria. Da questo punto di vista, può citarsi uno studio condotto per conto della commissione C.E.E. sulla valutazione economica delle tecnologie mediche negli Stati membri (Drummond et al., 1992), dal quale è emerso (forse non sorprendentemente) che i risultati di uno studio valutativo hanno maggiori probabilità di influenzare le scelte di politica sanitaria se questo studio è finanziato da un ente con responsabilità dirette nel processo decisionale.

Lo studio ha messo in evidenza come l'Italia, tra il 1980 e il 1987, abbia fatto registrare un ricorso relativamente elevato, e crescente nel tempo,

alle analisi costi-benefici, alle analisi costo-efficacia e ad altre simili metodologie per la valutazione delle tecnologie mediche, ma anche — secondo quanti sono direttamente coinvolti in tali analisi — che il loro lavoro non aveva avuto virtualmente alcun effetto sulle scelte di politica sanitaria. Il finanziamento delle ricerche proveniva dalle Regioni, da enti di ricerca pubblici, da fondazioni private e dall'industria; quanto meno nel periodo esaminato, il Ministro della sanità risultava totalmente assente. E questo, rispetto ad una problematica, quella tecnologie mediche, da tutti riconosciuta come carica di ripercussioni estremamente importanti riguardo all'utilizzo delle risorse, scarse, destinate all'assistenza sanitaria e in una situazione nella quale, sino ad ora, tanto il governo centrale quanto quelli regionali e locali non sono riusciti a contenere la rapida diffusione delle tecnologie e della spesa corrente da queste generate. Il Ministero della sanità non ha neppure finanziato la traduzione e la distribuzione dei risultati di studi valutativi esteri; alcune Regioni, quali ad esempio il Veneto, hanno invece cominciato ad assumere un ruolo molto attivo nella finanziamento della valutazione delle tecnologie mediche.

Malgrado tutto quanto detto, gli economisti sanitari italiani dovrebbero forse attendere prima di «scagliare la prima pietra» e riflettere sul ruolo da essi fin qui giocato sulla scena della politica sanitaria. Ad esempio, come categoria, essi avrebbero forse

potuto offrire un contributo più ampio ed organico al dibattito sulla riorganizzazione del S.s.n. Questo contrasta con l'esperienza britannica, nella quale immediatamente dopo la pubblicazione del libro bianco sul NHS, «Working for patients», gli economisti sanitari ne hanno analizzato criticamente tutti i contenuti e ne hanno monitorato l'implementazione.

Tuttavia, il riordino del S.s.n. è solo agli inizi e, quindi, vi è ancora del tempo disponibile sia per avviare una valutazione sistematica dei suoi effetti, sia, soprattutto, per contribuire ad individuare gli approcci metodologici più adeguati per affrontare operativamente le tante innovazioni organizzativo-gestionali che la riforma ha introdotto.

Dovremmo forse iniziare a bussare alle porte delle amministrazioni del governo centrale e delle Regioni per ottenere i fondi necessari a queste attività di ricerca. Vedere se e come rispondono sarà decisivo per valutare le prospettive future.

#### BIBLIOGRAFIA

- FRANCE G., E. ATTANASIO (A CURA DI), *Economia sanitaria: linee e tendenze di ricerca in Italia*, Milano, Giuffrè, 1993.
- FRANCE G. (A CURA DI), *Concorrenza e servizi sanitari*, Roma, Istituto di Studi sulle Regioni - CNR, 1994.
- DRUMMOND M. ET AL. (A CURA DI), *Survey of economic appraisal of health technology in the E.C.: Preliminary results*, York, Centre for Health economics, University of York, 1992.

# BENCHMARKING E CARICHI DI LAVORO IN AMBITO SANITARIO

di Marco Barbiani e Gianni Giorgi 1

Quantum s.r.l. - Roma

1 Azienda ospedaliera - Parma

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. Un'opportunità per l'aziendalizzazione dei servizi pubblici: il benchmarking - 3. Definizioni - 4. Obiettivi della metodologia - 5. Caratteristiche di base della metodologia - 5.1. L'approccio - 5.2. Il confronto fra strutture - 5.3. I generatori di attività - 6. Gli aspetti operativi: principi generali - 6.1. Individuazione delle unità organizzative e dei relativi outputs - 6.1.1. Individuazione delle unità organizzative - 6.1.2. Individuazione degli outputs - 6.1.3. Gli outputs dell'assistenza ospedaliera - 6.2.1. La quantificazione dei prodotti - 6.2.2. La determinazione del tempo complessivamente impiegato per singolo output - 6.3. Determinazione dei tempi standard e loro significato - 6.4. Determinazione dei carichi di lavoro - 7. Punti di forza della metodologia.

## 1. Premessa

Questo scritto presenta una prima riflessione sulle linee guida per la rilevazione dei carichi di lavoro in ambito sanitario, sviluppate in Regione Lombardia, che hanno permesso la messa a punto di una metodologia applicabile in modo sistematico in tutte le U.s.l. e gli ospedali (nel seguito «le strutture»).

Il lavoro svolto per la definizione di queste linee guida e della conseguente metodologia prende spunto dalla norma contenuta nell'art. 3, comma 5, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, ma si pone, come vedremo, obiettivi più ampi, legati all'introduzione nelle singole strutture di moderne tecniche di gestione aziendale, in una logica coordinata con i paralleli sviluppi della contabilità analitica, del *budgeting* e del controllo di gestione.

Come noto, con la circolare n. 6, del 23 marzo 1994, il Dipartimento per la funzione pubblica ha stabilito il quadro di riferimento per la rilevazione dei carichi di lavoro nelle Pubbliche amministrazioni fornendo, in particolare, l'e-

semplificazione di una delle metodologie applicabili; contestualmente ha riconosciuto la facoltà alle Pubbliche amministrazioni di elaborare metodologie alternative, riservandosi un ruolo di osservatorio ed, in alcuni casi, di verifica della congruità. È nell'ambito di questa facoltà che la Regione Lombardia ha avviato il progetto per la definizione della metodologia — nel seguito illustrata — per la rilevazione dei carichi di lavoro nel sistema sanitario regionale, metodologia già collaudata con una prima fase applicativa in due aziende sanitarie della regione.

Questa metodologia è stata presentata al Dipartimento della funzione pubblica e su di essa è stato espresso parere favorevole di congruità.

## 2. Un'opportunità per l'aziendalizzazione dei servizi pubblici: il benchmarking

La metodologia qui illustrata si basa su una tecnica di *management*, oggi largamente diffusa: il *benchmarking*. In termini generali, essa prevede il confronto fra strutture analoghe, per

individuare le aree di maggiore o minore efficienza, sollecitando ed indirizzando processi di miglioramento. Il *benchmarking* non rappresenta un elemento nuovo nell'ambito delle tecniche gestionali (ampio uso ne viene fatto nella qualità totale); a stretto rigore teorico il *benchmarking* consiste nel confronto con il livello ottimale raggiungibile («benchmark»).

Nell'esperienza che qui si propone si estende questo concetto, introducendo un confronto fra strutture analoghe senza predefinire i livelli ottimali per ciascuna area esaminata, ma enucleando gli stessi all'interno del campione esaminato.

L'utilizzo di questa tecnica ha consentito di trasformare la rilevazione dei carichi di lavoro in una operazione di più ampio respiro, che apre una strada verso il raggiungimento di altri importanti obiettivi, quali lo sviluppo dell'efficienza, l'introduzione di una cultura gestionale, l'impianto di sistemi di controllo di gestione e, più in generale, la crescita qualitativa nel corretto rapporto fra risorse impiegate e prestazioni rese.

Il *benchmarking*, nato come strumento per il controllo e lo sviluppo della qualità, nel settore privato, può trovare una applicazione di notevole interesse nel settore pubblico. Per una azienda che opera in un contesto di mercato, infatti, indicazioni sul proprio livello di efficienza — anche se a livello aggregato — ed i conseguenti stimoli a migliorarlo, vengono dalla capacità di essere competitivi in termini di prezzi e di qualità di prodotto; per una struttura non costretta a soggiacere alla legge di mercato ed alla disciplina imposta dalla competizione sulla qualità e sui prezzi, questa indicazione non è disponibile. Ecco dunque la necessità, per uno sviluppo dell'efficienza e della qualità, di confrontarsi con strutture analoghe per potersi conoscere, valutare e per dotarsi di obiettivi di miglioramento.

In questa prospettiva il *benchmarking* rappresenta, nel processo di aziendalizzazione dei servizi pubblici, uno strumento importante per consentire alle singole strutture impegnate in questo cammino, di impostare correttamente i propri processi di miglioramento del rapporto fra risorse impiegate e prestazioni rese; tra l'altro, è una tecnica flessibile, potendo essere utilizzata in aree diverse, dai costi generali ai costi di produzione, dagli acquisti alla efficienza produttiva sino — ed è questo il caso presentato in questo articolo — all'area del personale.

Proprio in quest'area — con specifico riferimento al Sistema sanitario nazionale — il *benchmarking* può essere utilmente impiegato per ottenere indicazioni di rilievo sulle dotazioni organiche delle singole strutture, e, cioè, sui livelli di risorse umane necessarie per gestire i «casi» che vengono sottoposti alle strutture stesse. È importante osservare come il concetto di «dotazione organica» sia profondamente diverso da quello di

«pianta organica» normalmente utilizzato nell'ambito della Pubblica amministrazione: qui c'è un dimensionamento statico, riferito alla «struttura» intesa come contenitore da riempire, mentre là c'è un dimensionamento dinamico riferito alle attività che vengono svolte tenendo conto della loro variabilità nel tempo. Per collegare questi due concetti potremmo più opportunamente definire la pianta organica come il valore massimo che può assumere la dotazione organica, dato un certo contesto strutturale e tecnologico.

Possiamo estrapolare questo diverso significato dei concetti di «pianta organica» e di «dotazione organica» nella più generale contrapposizione tra rigidità, staticità, burocratizzazione e centralismo da un lato e flessibilità, dinamismo, snellezza dei procedimenti e decentramento delle responsabilità dall'altro. In questa contrapposizione fra culture diverse sta il cuore della sfida che sta giocando la Pubblica amministrazione in questo momento: vincere o perdere la partita dell'efficienza e della qualità passa attraverso la capacità di realizzare questo passaggio culturale. Nella pratica quotidiana — quella che poi, al di là delle generiche enunciazioni di principio, è la sola che veramente conta — ciò significa scegliere strumenti di gestione e di direzione che possano concretamente supportare questo passaggio culturale. In questo articolo ne viene presentato uno, per risolvere il problema delle dotazioni organiche e contemporaneamente avviare il processo di miglioramento della efficienza e della qualità: ed è interessante osservare come — caratteristica di pregio! — esso possa essere utilizzato solo da una Pubblica amministrazione che si sia già posta l'obiettivo della profonda trasformazione culturale indicata.

### 3. Definizioni

Prima di descrivere in dettaglio le caratteristiche della metodologia, è opportuno soffermarsi sulle definizioni e sui contenuti concettuali delle parole chiave che verranno utilizzate nel seguito.

#### *Unità organizzativa*

«La struttura operativa minima per la quale verranno rilevati i carichi di lavoro»; le unità organizzative previste sono posizionate ad un livello sufficientemente «alto» all'interno della organizzazione — ciò significa che il loro numero sarà contenuto — per soddisfare i requisiti di omogeneità e di applicabilità della metodologia a tutte le strutture.

Ciascuna unità organizzativa sarà caratterizzata da un responsabile, al quale è, fra l'altro, demandato il compito di coordinare la rilevazione dei carichi di lavoro all'interno della propria unità organizzativa e di fornirne i risultati al responsabile del progetto per l'intera struttura.

Le unità organizzative corrisponderanno, a grandi linee, alle unità operative in cui si articolano le strutture sanitarie.

#### *Carico di lavoro di una data unità organizzativa*

«La quantità di lavoro necessaria per trattare i casi che vengono sottoposti alla unità organizzativa considerata, dato un contesto operativo ed un periodo di riferimento, in dipendenza o dell'attività di altre unità organizzative dello stesso ente o delle esigenze espresse da utenti finali o degli obiettivi di produzione assegnati».

Dunque i carichi di lavoro sono misurati in tempo/uomo (p. es.: giorni/uomo, ore/uomo, ...), e la loro rilevazione consiste nel calcolare il tempo occorrente per trattare tutti i casi che vengono sottoposti alla unità

organizzativa considerata. Vedremo meglio nel seguito cosa ciò significhi.

#### *Outputs di una data unità organizzativa*

Intendiamo per *outputs* di una data unità organizzativa «I prodotti-servizi finali realizzati dalla unità organizzativa considerata», che possono essere, nel caso del sistema sanitario;

— prestazioni sanitarie (visite, esami, interventi chirurgici, casi trattati, ...);

— atti (libretti sanitari, certificati, pareri, autorizzazioni, ...);

— servizi di supporto (pasti, pulizie, ...).

Ciascuna unità organizzativa potrà avere più *outputs*; peraltro, l'individuazione degli stessi dipenderà in gran parte dalla disponibilità delle informazioni e dalla semplicità con cui le stesse possono essere reperite, oltre che, naturalmente, dalle attività svolte dalla unità considerata e dal livello di dettaglio cui si vuole pervenire nella rilevazione dei carichi di lavoro. È intuitivo come un maggiore dettaglio, se da un lato consente di ottenere maggiori informazioni dalla rilevazione dei carichi di lavoro, dall'altro rende più complessa ed onerosa l'attività di rilevazione degli stessi. La metodologia qui esposta richiede informazioni ad un livello di aggregazione tale da consentire a tutte le strutture di raccogliere e fornirle senza eccessivi problemi e, nello stesso tempo, di assicurare una confrontabilità delle stesse. Sarà poi lasciata a ciascuna realtà la facoltà di scendere in maggiore dettaglio per meglio valutare i propri bisogni di organico, laddove ciò sia ritenuto necessario e risulti realizzabile in pratica.

Per semplicità, indicheremo nel seguito con il termine *output* il prodotto servizio finale — per l'unità organizzativa — inteso come «classe», p. es. di prestazioni analoghe e con il generi-

co termine di prodotti i singoli elementi appartenenti a quella classe. Esempio: gli interventi chirurgici di tipo X (*output*); numero degli interventi chirurgici di tipo X (numero dei prodotti).

#### *Tempi standard (loro significato all'interno della metodologia proposta)*

La definizione di tempo *standard* è la più difficile, perché racchiude in sé elementi di valutazione della efficienza che, in qualche modo, coinvolgono la filosofia di base di qualunque metodologia venga utilizzata per la rilevazione dei carichi di lavoro. Il tempo *standard*, infatti, potrebbe essere semplicemente definito come «il tempo necessario per ottenere un determinato prodotto», ma questa definizione non risolve il problema, spostandolo sul significato del termine «necessario».

Al di là della definizione, comunque, il punto critico relativamente agli *standard* è se questi possano o meno essere utilizzati per la determinazione delle dotazioni organiche. La metodologia proposta assume una posizione negativa rispetto a questa ipotesi, in quanto non predefinisce il modo in cui lo *standard* debba essere calcolato, offrendo invece un ventaglio di possibilità: questo implicitamente significa che essa ritiene non possibile — o semplicemente non opportuna — la definizione univoca «del» tempo necessario per ottenere un determinato prodotto, privilegiando invece la necessità di definire «un» tempo di riferimento per un processo dinamico verso il miglioramento della qualità e della efficienza della struttura e, quindi, la gestione delle dotazioni organiche.

Vediamo meglio cosa ciò significhi. La metodologia definisce i tempi *standard* a partire dal confronto dei tempi medi utilizzati dalle strutture considerate per ottenere lo stesso prodotto. Ciò è possibile grazie alla applicazione del-

la stessa metodologia su diverse realtà analoghe. Una volta rilevati i tempi medi di ciascuna struttura per ottenere un determinato prodotto, la metodologia non stabilisce però, come detto, quale è il tempo *standard*: lascia invece aperta la possibilità di definirlo in diversi modi, fra i quali, per esempio:

— il minimo tempo medio;

— la media dei tempi medi;

— la media dei tempi medi delle prime *n* strutture, ordinate secondo tempi crescenti; e così via.

Ciò significa, appunto, che non è rilevante stabilire in maniera «certa» quali siano gli *standard*, quanto il fatto che essi possano rappresentare dei dati di riferimento, con i quali costruire, per ciascuna struttura, una «dotazione organica di riferimento». Sulla base di questa, con il supporto imprescindibile dell'esame degli aspetti qualitativi della attività e delle differenti condizioni organizzative ed operative, ciascuna struttura potrà valutare la quantificazione delle dotazioni organiche in essere e definire obiettivi concreti per i processi di miglioramento sopra citati.

#### 4. Obiettivi della metodologia

La metodologia si pone l'obiettivo di fornire alle singole strutture uno strumento semplice ed efficace per:

— valutare la propria efficienza in termini di attività svolte e risorse umane impiegate, attraverso il confronto sia con strutture analoghe, sia con se stesse, in tempi successivi;

— rilevare i carichi di lavoro in accordo con i dettati normativi vigenti, essendo contemporaneamente in linea, per quanto concerne la misurazione delle attività, con i sistemi di classificazione delle prestazioni sanitarie basati sui casi trattati, così come previsto dal decreto del Ministero della sanità del 15 aprile 1994;

— supportare, con dati significativi, lo sviluppo dei sistemi di contabilità

analitica, di *budgeting* e di controllo di gestione.

Al di là della semplice rilevazione dei carichi di lavoro, dunque, la metodologia si pone come obiettivo più generale quello di evidenziare in misura chiara il meccanismo dell'equilibrio fra prestazioni rese e risorse impiegate all'interno di ciascuna struttura, utilizzando a tal fine ed in larga misura, come vedremo, il confronto fra le strutture stesse.

## 5. Caratteristiche di base della metodologia

### 5.1. L'approccio

L'approccio scelto per la rilevazione dei carichi di lavoro è quello di tipo sintetico (cosiddetto approccio *top-down*), in contrapposizione a quello di tipo analitico (cosiddetto approccio *bottom-up*). Gli elementi che differenziano i due approcci sono essenzialmente i seguenti:

— la determinazione delle attività per le quali rilevare i carichi di lavoro fa riferimento agli *outputs*, e cioè ai prodotti finali della organizzazione (approccio *top-down*) e non alle procedure necessarie per ottenerli (approccio *bottom-up*);

— la rilevazione dei tempi di lavoro viene fatta ripartendo il tempo complessivamente impiegato sugli *outputs* ottenuti (*top-down*) e non rilevando analiticamente — e cioè «cronometro alla mano» — i tempi necessari per lo svolgimento delle singole fasi procedurali (*bottom-up*).

La scelta dell'approccio di tipo *top-down* è stata determinata dai seguenti elementi:

— la possibilità di avvalersi del confronto fra strutture analoghe, che consente di superare in gran parte il problema delle inefficienze nella determinazione dei tempi *standard*, tipico della rilevazione di tipo sintetico;

— l'obiettivo di avere una visione d'insieme sull'utilizzo del personale e sul livello di efficienza, per poter poi gestire al meglio la dotazione organica, e non quello di razionalizzare e migliorare il livello di produttività delle singole procedure;

— la complessità del sistema sanitario ove, al di là delle aree tipicamente amministrative, che rappresentano solo una piccola percentuale delle attività svolte, predominano le aree «produttive» di prestazioni sanitarie, per le quali, stante la complessità, una rilevazione di tipo analitico non è praticabile nei tempi previsti dalla normativa.

L'approccio dettagliato (*bottom-up*) potrà comunque essere utilizzato sia come analisi più approfondita di determinate aree, sia come supporto per la ripartizione del tempo lavorato fra gli *outputs* prodotti, nel caso una stessa unità organizzativa produca differenti *outputs* e la ripartizione non risulti facilmente individuabile (v. sotto, punto 5.2.2).

### 5.2. Il confronto fra le strutture

Una delle caratteristiche di base di maggior rilievo della metodologia proposta è il confronto fra le strutture; questa tecnica risponde a due requisiti fondamentali, il primo dei quali rappresenta uno degli obiettivi di fondo dell'intero progetto per la rilevazione dei carichi di lavoro:

— la possibilità di fornire dati comparativi ai responsabili delle singole strutture sulla produttività e sulla efficienza, da utilizzarsi come strumento di valutazione della propria organizzazione rispetto alle altre e, nel tempo, come strumento di valutazione dei miglioramenti realizzati;

— la possibilità di determinare i tempi *standard* partendo da un approccio di tipo sintetico, attraverso il confronto dei tempi medi necessari per ottenere i singoli prodotti.

Il confronto, ed i dati che da esso emergeranno, saranno utilizzati per la determinazione dei carichi di lavoro; ma i dati stessi rappresenteranno anche, come detto, indicazioni di grande interesse in funzione della definizione di obiettivi di gestione per i responsabili delle singole aree.

### 5.3. I generatori di attività

Una ulteriore caratteristica di base della metodologia, non tanto connessa alle tecniche di rilevazione, quanto alla modalità di lettura dei dati, è costituita dai «generatori di attività», o più semplicemente «generatori», normalmente usati in ambiti relativi ai costi (generatori di costo o *cost drivers*).

Definiremo «generatore» la causa prima che induce un dato insieme di attività all'interno di una organizzazione, vale a dire un evento (un fatto, un «elemento») che determini con sufficiente costanza attraverso le attività che induce un insieme di *outputs* ad esso direttamente collegati secondo un criterio di sostanziale proporzionalità diretta.

Ad un generatore potranno corrispondere diverse attività anche svolte da unità organizzative differenti. A titolo di esempio, si consideri il generatore «Caso chirurgico di tipo X»: questo determina un insieme di attività — e dunque uno o più *outputs* — sia all'interno del reparto di degenza ove il paziente viene ricoverato, sia al di fuori di esso, per esempio nel laboratorio, in radiologia, ecc., oltre che, naturalmente, nella sala operatoria, nel caso questa fosse centralizzata. Associare generatori, attività ed *outputs* consentirà di avere una visione più immediata sul supporto fra ciò che si fa, la quantità di risorse necessarie per farlo e le cause che determinano l'utilizzo di queste risorse. Dunque, in un sistema di controllo dell'efficacia e di gestione della dotazione organica, si potrà non solo intervenire sul come le cose vengono fatte, ma, in alcuni casi, anche su

quante cose debbono essere fatte, attraverso il controllo sulla origine delle attività stesse. Questo principio è comunemente utilizzato nella analisi interfunzionale dei costi e nei sistemi di contabilità analitica basati sulle attività (Activity-Based Costing).

L'uso dei generatori sarà particolarmente utile anche in aree esterne alla attività sanitaria vera e propria (es.

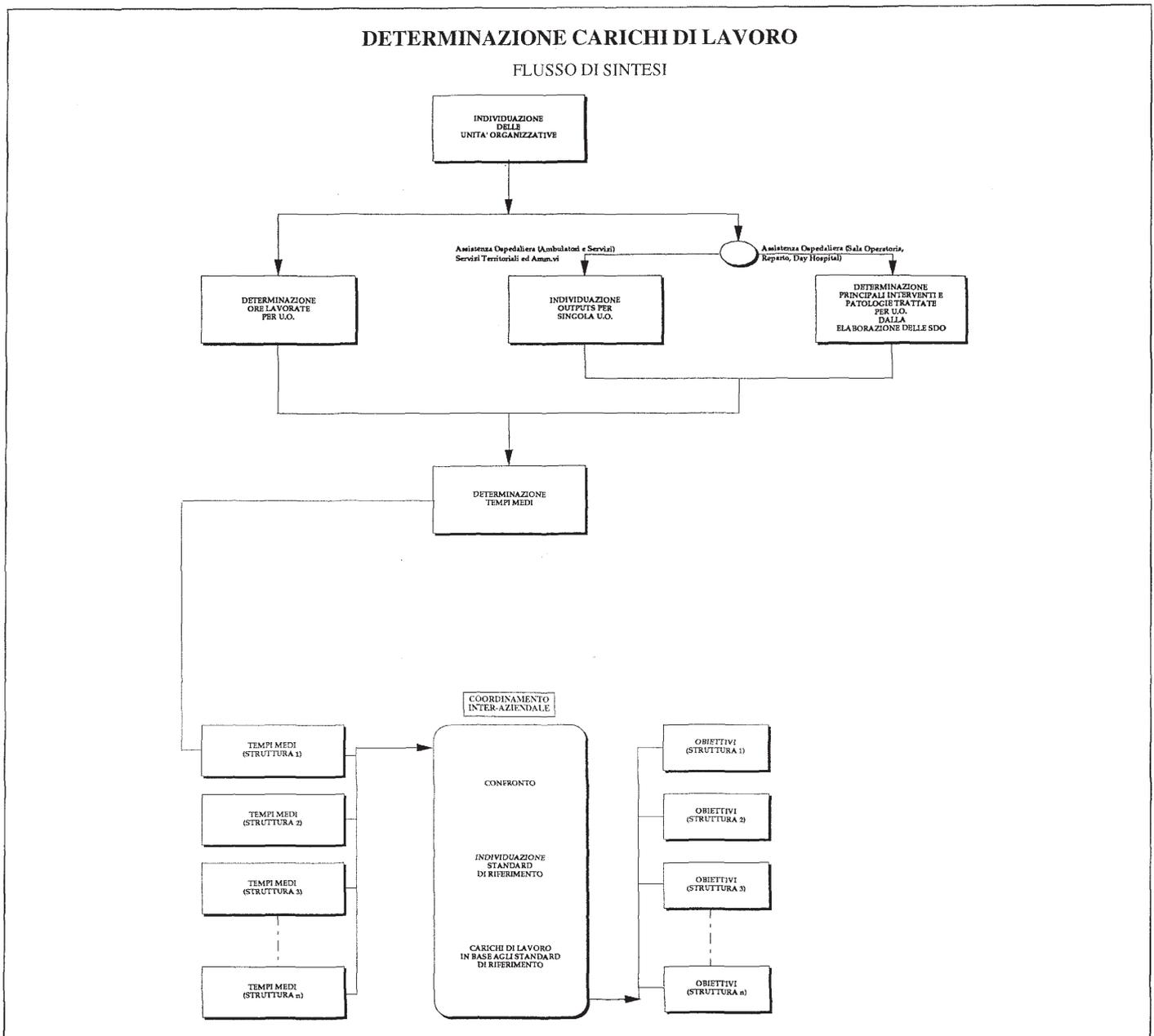
area amministrativa): qui la rilevazione dei carichi di lavoro potrà essere direttamente impostata con riferimento ai generatori, rendendo la rilevazione stessa estremamente semplificata.

**6. Gli aspetti operativi: principi generali**

Determinare i carichi di lavoro che

ogni struttura si troverà a dover gestire significa individuare e disporre delle informazioni adeguate per poter valutare le risorse umane impiegate e da impiegare. Per far ciò occorre (vedi flusso di sintesi):

- definire le unità organizzative ed i relativi *outputs* e generatori;
- determinare i tempi medi di ottenimento dei singoli prodotti;



— definire — a livello regionale o per gruppi di amministrazioni che volontariamente accettano di confrontarsi — i tempi *standard*, sulla base dell'esame dei tempi medi;

— determinare, sulla base di questi, i carichi di lavoro.

Esaminiamo singolarmente ed in dettaglio, qui nel seguito, questi quattro punti.

### 6.1. Individuazione dell'unità organizzative e dei relativi outputs

#### 6.1.1. Individuazione delle unità organizzative

La individuazione delle unità organizzative viene effettuata, dai singoli enti o aziende, sulla base di uno schema di riferimento comune, che ha, come punto di partenza in Lombardia, il modello organizzativo vigente e le attuali unità operative; ciò significa che le singole strutture dovranno cercare di attenersi il più possibile allo schema fornito, senza però escludere che possano essere aggiunte ulteriori unità organizzative od eliminate (non utilizzate) alcune di quelle indicate, in particolare, l'eliminazione di una o più delle unità organizzative è ovvio nel caso di strutture medio-piccole, in quanto lo schema fornito è pensato per le strutture di massima complessità. L'adeguatezza di questo approccio è stata confermata dai risultati di alcuni test effettuati su U.S.I. ed ospedali della Regione, i quali hanno evidenziato la sostanziale impossibilità di definire rigidamente delle unità organizzative comuni per tutte le strutture, in relazione alle differenze dimensionali, organizzative ed operative che singolarmente le caratterizzano.

È importante ricordare che ogni unità organizzativa deve avere comunque un suo responsabile, cui viene demandato il compito di rilevare, secondo i criteri che saranno specificati, le quantità di prodotti ottenuti ed i relativi tempi medi.

#### 6.1.2. Individuazione degli outputs

L'individuazione degli *outputs* è il passo successivo da effettuare. È questo uno dei punti di maggiore criticità della metodologia, in relazione alla diversità delle strutture da un lato ed alla necessità di standardizzazione dall'altro, quest'ultima dettata dagli obiettivi di confrontabilità.

Per ciascuna unità organizzativa viene individuato un insieme di *outputs* e/o di generatori che dovranno essere considerati come riferimento per la rilevazione dei carichi del lavoro. Questo non impedisce che singole strutture, in relazione alla specificità delle azioni svolte, possano modificare gli *outputs* proposti; si raccomanda, comunque, che queste modifiche siano ridotte allo stretto necessario per non rendere difficoltoso il successivo confronto con le altre strutture: con ciò si intende che dovranno essere aggiunti solo quegli *outputs* che rappresentano una parte significativa della attività della unità organizzativa in oggetto.

In generale, gli *outputs* ed i generatori individuati soddisfano i seguenti requisiti:

— essere sufficientemente dettagliati per consentire di individuare correttamente il fabbisogno di organico;

— essere definiti in maniera tale da poter essere letti anche all'interno delle classificazioni nazionali delle prestazioni sanitarie, previsti dal Piano sanitario nazionale;

— essere il minor numero possibile per:

evitare accumuli di lavoro non necessari, che potrebbero risultare ingestibili per una prima rilevazione dei carichi di lavoro nei tempi previsti dalla normativa;

consentire a tutte le strutture che intendono utilizzare questa metodologia di rilevare quantità prodotte e tempi medi senza particolari difficoltà;

— consentire, fin dove possibile, il reperimento dei dati storici quantitativi;

— consentire, attraverso il confronto dei dati di tempo e di volume, la valutazione della produttività e della efficienza organizzativa delle singole strutture;

— consentire infine a singole strutture di scendere a livelli maggiori di dettaglio, per valutare più approfonditamente i propri livelli di efficienza.

#### 6.1.3. Gli outputs della assistenza ospedaliera

È questo uno dei punti caratteristici della metodologia adottata che, per quanto concerne il trattamento dei pazienti in regime di ricovero o di *day-hospital*, propone di rilevare i carichi di lavoro con riferimento ai «casi» trattati o, meglio, alle patologie trattate ed agli interventi chirurgici effettuati.

Ci si pone cioè l'obiettivo di seguire e sviluppare il percorso indicato dal Ministero della sanità per la valutazione delle attività svolte — e per il loro finanziamento — attraverso i DRG o ROD (raggruppamenti omogenei di diagnosi).

Come riconosciuto dai più, lo strumento più adatto per attivare un programma di verifica dell'attività ospedaliera si deve basare sulle informazioni correntemente disponibili nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Questa considerazione, unitamente all'obiettivo di condividere il sistema di classificazione dei pazienti attraverso i DRG, ha condotto ad utilizzare come *outputs* per l'assistenza ospedaliera sui quali calcolare i carichi di lavoro le principali patologie trattate ed i principali interventi chirurgici effettuati nelle singole divisioni.

Questa scelta, in luogo della rilevazione diretta del carico di lavoro per singole DRG, permette di evitare ipotesi di lavoro troppo rigide; fra queste,

l'assegnazione di «pesi» per quanto concerne l'attività chirurgica ed assistenziale direttamente sui DRG, che data la loro genericità, mal si prestano a questa operazione. Un ulteriore problema riguarda il trasferimento dei pazienti fra reparti, in quanto, come è noto, i DRG vengono «assegnati» ai reparti di dimissione, rendendo così non rintracciabile l'attività svolta all'interno dei reparti intermedi. Si è quindi ritenuto opportuno «passare» attraverso la determinazione dei carichi di lavoro dettagliati per patologia ed intervento, per poi eventualmente, in una fase successiva, pervenire alla «ricostruzione» del carico di lavoro per DRG.

Tra l'altro, la rilevazione dei dati per patologia ed intervento ne consente un riconoscimento diretto da parte dei responsabili sanitari e, conseguentemente, facilita azioni per correggere gli inevitabili errori di compilazione presenti nelle SDO.

Tutto ciò per quanto concerne il trattamento di pazienti in regime di ricovero o di *day-hospital*; relativamente alle altre aree della assistenza ospedaliera (tipicamente i servizi e le attività ambulatoriali), l'approccio è in linea con quanto esposto al precedente punto 6.1.2. Si prevede l'individuazione degli *outputs* in maniera che si abbia una rappresentazione efficace della attività delle divisioni, «pesandoli» opportunamente per potervi poi allocare le ore lavorate. Rimane peraltro aperta la possibilità, in una fase successiva, di sviluppare ulteriormente la metodologia introducendo, per questa area, un opportuno sistema di classificazione delle prestazioni (ACG, APG, ecc.), scelto fra quelli maggiormente utilizzati a livello internazionale.

## 6.2. Determinazione dei tempi medi

Una volta determinati gli *outputs*, si può passare alla fase di determinazione

dei tempi medi (non ancora dei tempi *standard*, che, come sopra detto, discenderà direttamente da questa). I tempi medi sono definiti — e calcolati — sulla base del tempo impiegato per ottenere un determinato numero di prodotti. A titolo di esempio, consideriamo, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la unità organizzativa «divisione di cardiologia», e, all'interno di questa, il suo ambulatorio, supponendo per semplicità che tutte le prestazioni siano state classificate nei due soli *outputs* «visite» ed «esami strumentali»; il tempo medio (per es. per una visita) viene calcolato come segue:

tempo medio per una visita = totale ore lavorate in ambulatorio dedicate alle visite/n. visite fatte.

### Ruolo

### Profilo o altro

Sanitario

Medici, Farmacisti, Veterinari, Biologi, Chimici, Fisici, Psicologi, Infermieristico, Tecnico-sanitario, Vigilanza ed Ispezione, Riabilitazione

Professionale

Avvocati, Ingegneri, Architetti, Geologi

Tecnico

Analisti, Statistici, Sociologi, Assistenti sociali, Assistenti tecnici, Ausiliari e tecnici del S.S., Ausiliari e operatori tecnici non del S.S.

Amministrativo

Amministrativi

### 6.2.1. La quantificazione dei prodotti

Il primo passo da fare per la determinazione dei tempi medi consiste dunque nella quantificazione dei prodotti ottenuti nel corso di un anno; peraltro, occorre tener presente le eventuali modifiche tecnologiche ed organizzative che possono essere intervenute nel corso del periodo considerato e che rendono il dato medio non più significativo. In tal caso, il tempo massimo utilizzabile per la rilevazione dei dati dovrà essere quello durante il quale sono state operative le condizioni tecnologiche ed organizzative attualmente vigenti.

Per ciascun *output* viene indicata la fonte più appropriata per la quantificazione dei prodotti ottenuti; l'indicazione non sarà comunque vincolante e

L'esempio è volutamente semplicistico: in realtà, il totale delle ore lavorate del personale della divisione dovrà essere fornito in gruppi omogenei sulla base del ruolo (sanitario, tecnico, professionale, amministrativo) e del profilo; si passerà quindi ad enucleare il tempo dedicato alle attività ambulatoriali, da questo il tempo dedicato ai singoli *outputs* ed infine verranno determinati i tempi medi per ciascuno dei gruppi omogenei come sopra individuati. Vedremo meglio nel seguito cosa ciò significhi con precisione.

Il livello di dettaglio nella classificazione del personale, basato sulla suddivisione in ruoli e profili, è il seguente:

sarà lasciata alla singola struttura la scelta della fonte che ritiene più opportuna, purché, naturalmente, venga salvaguardata la correttezza del dato.

### 6.2.2. La determinazione del tempo complessivamente impiegato per singolo output

Il secondo passo per la determinazione dei tempi medi, è la quantificazione del tempo complessivamente impiegato per singolo *output*. Dato un *output* ed individuato il numero di prodotti ottenuti nel corso dell'anno, la quantificazione del tempo complessivamente impiegato per ottenere quei prodotti comporta la risoluzione dei due problemi:

— chi ha lavorato e per quanto tempo in quella unità organizzativa nel corso dell'anno?

— come va ridistribuito il tempo lavorato fra gli *outputs*, della unità organizzativa?

(Si veda, a titolo di esempio, la tabella 1 con l'individuazione dei carichi di lavoro e dei tempi medi per tipologia di casi trattati).

*Chi ha lavorato e per quanto tempo in quella unità organizzativa?*

Concentriamoci sul primo problema. Nella determinazione di «chi» ha

lavorato, occorrerà partire dal personale in carica presso quella unità organizzativa — dettagliato per ruoli e profili come sopra indicato —, tenendo però in considerazione i movimenti in «entrata» ed in «uscita» nel corso del periodo considerato, oltre che i trasferimenti ed i distacchi da una unità organizzativa all'altra, anche per brevi periodi; occorrerà inoltre considerare solo il tempo effettivamente speso sul lavoro, tenendo conto

da un lato delle assenze e dall'altro degli straordinari.

Le fonti da cui attingere i dati sono di due tipi:

— l'ufficio personale, ed in particolare i dati utilizzati per la determinazione delle paghe e degli stipendi;

— le rilevazioni gestionali eventualmente utilizzate nella unità organizzativa (p. es., per il personale infermieristico, i fogli turni dei singoli reparti).

**Tabella 1 - Carichi di lavoro e tempi medi**

ENTE:		OSPEDALE .....									
DIVISIONE:		OCULISTICA									
RUOLO PROFILO PROFESSIONALE:		MEDICI									
		Carichi di lavoro e tempi medi per tipologia di casi trattati <sup>1</sup>									
Codice	Descrizione	Casi		Giorni degenza		Sala op.		Reparto <sup>2</sup>		Totale	
		%	n.	totali	medi	C.L.	T.M. <sup>3</sup>	C.L.	T.M.	C.L.	T.M.
<b>Degenze chirurgiche (ICD9-CM)</b>											
13.3	Estrazione extracapsulare cristallino (aspiraz. semplice)		233	1.235	5,3	932,0	4,0	652,4	2,8	1.584,4	6,8
13.41	Facoemulsione ed aspirazione di cataratta		149	864	5,8	491,7	3,3	447,0	3,0	938,7	6,3
11.75	Cheratomi radiale		29	99	3,4	58,0	2,0	52,2	1,8	110,2	3,8
14.32	Riparazione di lacerazione retina con crioterapia		9	130	14,4	72,0	8,0	90,9	10,1	162,9	18,1
12.64	Trabeculectomia ad esterno		6	48	8,0	19,8	3,3	37,8	6,3	57,6	9,6
11.52	Riparazione deiscenza ferita postoperatoria cornea		3	12	4,0	9,0	3,0	6,3	2,1	15,3	5,1
11.99	Altri interventi sulla cornea		3	6	2,0	6,0	2,0	3,2	1,1	9,2	3,1
15.29	Altri interventi su un muscolo extraoculare		3	12	4,0	12,0	4,0	9,6	3,2	21,6	7,2
	Altri		12	60	5,0	44,4	3,7	31,2	2,6	75,6	6,3
<b>Totale e medie degenze chirurgiche</b>		<b>61%</b>	<b>447</b>	<b>2.466</b>	<b>5,5</b>	<b>1.644,9</b>	<b>3,7</b>	<b>1.330,6</b>	<b>3,0</b>	<b>2.975,5</b>	<b>6,7</b>
<b>Degenze non chirurgiche (ICD9)</b>											
365.1	Glaucoma angolo aperto		162	292	1,8			437,4	2,7	437,4	2,7
362.7	Distrofia ereditaria retina		79	111	1,4			158,0	2,0	158,0	2,0
366.1	Cataratta senile		16	53	3,3			27,2	1,7	27,2	1,7
365.2	Glaucoma angolo chiuso		4	13	3,3			10,4	2,6	10,4	2,6
365.9	Glaucoma non specificato		4	4	1,0			2,0	0,5	2,0	0,5
	Altri		20	46	2,3			54,0	2,7	54,0	2,7
<b>Totale e medie degenze non chirurgiche</b>		<b>39%</b>	<b>285</b>	<b>518</b>	<b>1,8</b>			<b>689,0</b>	<b>2,4</b>	<b>689,0</b>	<b>2,4</b>
<b>TOTALI E MEDIE GENERALI</b>		<b>100%</b>	<b>732</b>	<b>2.984</b>	<b>4,1</b>			<b>2.019,6</b>	<b>2,8</b>	<b>3.664,5</b>	<b>5,0</b>

*Legenda e note:*

C.L.: carico di lavoro.

T.M.: tempo medio.

<sup>1</sup> Espresso in ore e decimi di ora.

<sup>2</sup> Determinato con il «metodo dei pesi».

<sup>3</sup> È il tempo complessivamente impiegato da tutti i medici della équipe che ha svolto l'intervento.

Nel caso si utilizzino fonti di tipo gestionale, il dato è certamente più preciso per quanto concerne la presenza del personale nelle singole unità organizzative (in assenza di un preciso sistema di controllo, gli spostamenti di personale fra un centro di costo ed un altro difficilmente vengono raccolti nel sistema informativo). In questo caso, tuttavia, si pone il problema della quadratura fra la somma dei dati extra-contabili ed il dato contabile che confluisce nel sistema paghe e stipendi. In pratica, utilizzando come esempio nuovamente il personale infermieristico, il totale delle giornate di lavoro ricavate dai fogli turni, deve coincidere con il totale delle giornate effettivamente lavorate risultante dai dati utilizzati per le paghe e stipendi.

Un ulteriore aspetto da non dimenticare riguarda i servizi dati in appalto a terzi o, più in generale il lavoro svolto da personale non dipendente, laddove possano darsi delle scelte di tipo *make or buy*; questo non è un problema di difficile soluzione — per esempio, non impatta nella definizione dei tempi medi, qualora si abbia l'accortezza di non considerare i prodotti ottenuti utilizzando risorse esterne —, ma occorrerà tenerne conto prima di passare alla quantificazione dei carichi di lavoro ed al loro eventuale confronto.

#### *Come va ridistribuito il tempo fra gli outputs della unità organizzativa?*

Passiamo ora al secondo problema e cioè quello della ripartizione del tempo così ricavato fra gli *outputs* ottenuti dalla unità organizzativa.

La ripartizione del lavoro svolto fra gli *outputs* ottenuti coinvolge in prima persona il responsabile della unità organizzativa, che è tenuto ad effettuare stime e valutazioni e quindi anche a «rivedere» criticamente l'attività della sua unità. Ci sono vari metodi per effettuare questa ripartizione e la scelta dell'uno o dell'altro dipenderà dalla

tipologia di unità organizzativa e dal tipo di informazioni delle quali il responsabile dispone. Alcuni dei metodi possibili sono:

— effettuare la ripartizione direttamente sul monte ore;

— assegnare delle percentuali da applicare poi sul monte ore;

— assegnare dei pesi a ciascuno degli *outputs* o, più precisamente, ai singoli prodotti e cioè, in pratica, individuare il prodotto che richiede il minor tempo di esecuzione a rapportare gli altri ad esso; da qui, utilizzando il numero di prodotti ottenuti si può passare alle percentuali riportandosi al caso precedente.

In alcuni casi sarà necessaria la combinazione di più di un metodo: per esempio, con riferimento al personale medico, si può utilizzare la ripartizione diretta sulle ore per suddividere le stesse fra attività ambulatoriale, di reparto, chirurgica e di *day-hospital*; quindi, per ripartire il tempo assegnato alla attività ambulatoriale fra i diversi tipi di *outputs* all'interno di questa, si potrebbe, per esempio, utilizzare il criterio dei pesi.

In molti casi, peraltro, per il responsabile della unità organizzativa sarà difficile valutare le percentuali o i pesi relativi dei singoli prodotti per ruolo e per profilo; potrà, in questo caso, ricorrere ad una rilevazione di dettaglio su un periodo limitato (p. es. un mese) per ottenere indicazioni in merito. A tal fine, potrà predisporre — per quei ruoli e quei profili per i quali lo riterrà necessario — una scheda di rilevazione tempi giornaliera sulla quale ciascun dipendente annoterà, per il periodo stabilito, l'impiego del proprio tempo giornaliero, suddividendolo fra gli *outputs* predifiniti. L'elaborazione di queste schede a fine mese consentirà di ricavare utili informazioni sui pesi relativi delle attività e sui tempi medi per l'ottenimento dei prodotti (giò osservare, come questa tecnica

di rilevazione sia propria dell'approccio di tipo *bottom-up*, ma viene qui utilizzata in una specifica area, solo come supporto per le valutazioni necessarie per l'approccio di tipo *top-down*). In ogni caso, una volta determinato il tempo complessivamente dedicato ad un singolo *output*, basterà dividerlo per il numero di prodotti ad esso relativi per calcolare il tempo medio necessario per ottenere un prodotto di quel dato *output* (es. una visita cardiologica).

#### *6.3. Determinazione dei tempi standard e loro significato*

La determinazione dei tempi *standard* dovrebbe essere, come accennato in precedenza, un compito della Regione o, più in generale, di una entità di coordinamento volontario interaziendale attivata dalle strutture di una determinata area territoriale interessate ad un sistematico confronto delle informazioni raccolte. Questa entità è deputata a raccogliere i dati relativi ai tempi medi per ciascun *output* dalle singole strutture e, sulla base di uno dei criteri indicati al precedente punto 3, è chiamata a definire il tempo *standard* per ciascuno dei prodotti.

Per quanto già ampiamente illustrato nello stesso punto 3, si ribadisce come questi tempi non debbano essere utilizzati come valore assoluto per la determinazione delle dotazioni organiche; viceversa, come detto, dovrebbero essere utilizzati come strumento da sottoporre alle singole strutture, affinché esse possano fornire obiettivi di miglioramento ai responsabili della organizzazione, e possano valutare, organizzare e gestire una redistribuzione delle risorse al proprio interno.

#### *6.4. Determinazione dei carichi di lavoro*

È possibile ora finalmente passare alla determinazione dei carichi di la-

avoro: sulla base della nostra definizione di carico di lavoro, data al punto 3, possiamo affermare che il carico di lavoro per un dato *output* ed in un dato periodo è il risultato della moltiplicazione: carico di lavoro (per l'*output* dato) = n. di prodotti ottenuti (\*) x tempo *standard*.

Definiremo quindi il carico di lavoro di una data unità organizzativa in un dato periodo come la somma dei carichi di lavoro determinati, in quel periodo, da tutti gli *outputs* ad essa relativi.

Due elementi emergono da questa definizione e dal valore dinamico di riferimento dato al concetto di *standard*:

— relativamente al passato, la differenza fra i carichi di lavoro così determinati ed il lavoro svolto rappresenta il livello di efficienza della struttura rispetto al riferimento considerato;

— relativamente al futuro, attraverso opportuni adattamenti degli *standard*, specifici per ciascuna struttura, i carichi di lavoro potranno rappresentare adeguati obiettivi di efficienza.

*Nota:* nella presentazione fatta, non si è mai introdotto il tema della qualità delle prestazioni rese; in realtà, la qualità rappresenta, oltre che uno degli obiettivi fondamentali della sanità, anche uno degli elementi che determina i tempi di lavoro: basti pensare p.es. alle prestazioni assistenziali, dove un indicatore *proxy* della qualità è proprio il tempo effettivo di permanenza con l'assistito. L'ipotesi fatta è stata allora quella di considerare fissa la variabile qualitativa, considerando gli scostamenti fra tempi medi e tempi *standard*, derivanti da soli aspetti legati all'efficienza. Nel caso variazioni qualitative rilevanti dovessero essere previste, occorrerà dunque tenerne conto nella determinazione dei carichi di lavoro futuri.

## 7. Punti di forza della metodologia

Per concludere, si riepilogano qui di seguito i principali punti di forza della

metodologia illustrata e, soprattutto, quali possono essere i benefici, anche indiretti, che dalla applicazione della stessa possono derivare, sia alla Regione che alle singole aziende sanitarie:

— supporta una possibile programmazione della allocazione e della mobilità del personale nelle e fra le diverse strutture, in quanto evidenzia simultaneamente le aree di maggiore efficienza ed inefficienza di un sistema, secondo criteri univoci ed omogenei;

— stimola lo sviluppo di una cultura di tipo gestionale, in quanto prevede che, nella fase di raccolta dei dati di attività, siano coinvolti i responsabili delle unità organizzative, ed in particolare il personale sanitario. Questo pone lo stesso personale di fronte alla analisi ed alla valutazione della propria attività in rapporto alle risorse impiegate; cioè alla base del processo di trasformazione dell'intero sistema sanitario e, in particolare, è condizione necessaria per poter impiantare un efficace sistema di controllo di gestione e di *budgeting*;

— consente un confronto sulle dotazioni organiche ai vari livelli di responsabilità (regionale e aziendale) con le organizzazioni sindacali, basato su dati effettivamente rappresentativi dell'attività svolta nel Sistema sanitario regionale. Questo significa poter finalmente impostare un confronto sulle dotazioni organiche che abbia come punto di riferimento, forse per la prima volta, il reale rapporto fra attività svolte e risorse umane impiegate;

— permette di gestire, in una logica nuova, le dotazioni organiche e le piante organiche. Infatti, basando la determinazione dei carichi di lavoro sulla rilevazione delle ore effettivamente lavorate si elimina il rischio di arrivare a risultati inerenti le dotazioni organiche teoriche molto distanti dalla realtà — e dunque inutilizzabili — a meno di «aggiustamenti», che rendono di fatto non più attendibili i risulta-

ti stessi e quindi inutile l'intero lavoro svolto;

— induce — come è chiaramente emerso nei *test* effettuati in Lombardia — un rapido processo di crescita culturale nel personale sanitario, relativamente agli aspetti inerenti la predisposizione e la raccolta dei dati di attività attraverso le schede di dimissione ospedaliera, che porta ad un significativo — e necessario — miglioramento della loro qualità (correttezza, completezza e tempestività). Questo «sottoprodotto» della applicazione della metodologia è di particolare rilievo se si considera che quegli stessi dati sono la base per la elaborazione dei DRG, attraverso i quali tutte le strutture verranno in futuro finanziate;

— è stata sviluppata sulla base delle esperienze, dei dati e della «cultura sanitaria» della regione Lombardia, il cui sistema sanitario ha livelli dimensionali e di complessità molto elevati; questo garantisce circa la possibilità di una sua applicazione ad altri Servizi sanitari regionali o parti significative di essi, senza eccessivi adattamenti;

— è stata pensata per essere applicata con facilità ogni anno, al fine di ottenere dati di raffronto omogenei nel tempo con semplicità ed un limitato impiego di risorse; ciò significa, tra l'altro, che ciascuna struttura potrà disporre di dati, in tempi successivi, per poter verificare il proprio sviluppo in termini di qualità ed efficienza.

Ed infine, elemento non irrilevante:

— consente notevoli risparmi economici e di impiego di risorse, rispetto al costo di una rilevazione tradizionale, effettuata da U.s.l. ed ospedali in maniera indipendente e non coordinata, offrendo contemporaneamente risultati più facilmente utilizzabili e gestibili sia dalla Regione che dalle singole strutture.

---

(\*) «Prodotti da ottenere», se ci si riferisce ad un periodo futuro.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# L'INTRODUZIONE DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI SANITARI

di Biagio Campo, Marilisa Motta, Valeria Rappini e Francesco Zavattaro 1

Divisione di urologia - Ospedale Predabissi - U.s.s.l. 57 Melegnano (MI)  
1 SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. L'esperienza di gestione budgetaria nella U.s.s.l. 57 di Melegnano - 1.1. L'U.s.s.l. 57 di Melegnano - 1.2. L'avvio del progetto di gestione budgetario - 1.2.1. La costituzione degli organismi a supporto del processo di *budget* - 1.2.2. La formalizzazione del piano dei centri di responsabilità - 1.2.3. La scheda di *budget* - 1.2.4. La formulazione delle proposte di *budget* - 1.2.5. Il processo decisionale - 2. L'applicazione della metodologia dei GAO alla divisione di urologia e confronto con altri sistemi di classificazione: i DRGs - 2.1. La costituzione di un gruppo di lavoro sugli indicatori di attività - 2.2. La definizione di uno schema generale di riferimento per l'applicazione della metodologia dei GAO - 2.3. L'individuazione dei GAO nella divisione di urologia; confronto ed integrazione tra due diversi sistemi di classificazione delle attività: i DRGs ed i GAO.

## 1. L'esperienza di gestione budgetaria nella U.s.s.l. 57 di Melegnano

### 1.1. L'U.s.s.l. 57 di Melegnano

Il territorio di competenza dell'U-

s.s.l. 57 comprende 12 comuni, articolati in 5 distretti socio-sanitari di base e con una popolazione di circa 132.000 abitanti (figura 1).

Ogni distretto dispone di un presidio dove sono presenti gli ambulatori specialistici, un centro prelievi, il centro unificato di prenotazione e ove sono esercitate le funzioni consulto-

Figura 1 - Il territorio dell'U.s.s.l. 57



Distretto	Municipalità associate	Popolazione	Superficie (kmq)
Melegnano	Melegnano, Carpiano, Vizzolo Predabissi, Dresano, Colturano	25.975	35,28
San Giuliano Milanese	San Giuliano Milanese	33.432	30,51
San Donato Milanese	San Donato Milanese	31.991	12,80
Peschiera Borromeo	Peschiera Borromeo	18.030	23,00
Paullo	Paullo, Mediglia, Pantigliate Tribiano	22.911	43,58
	<b>Totale U.s.s.l. 57</b>	<b>132.339</b>	<b>145,17</b>

Fonte: U.s.s.l. 57

riali, le attività ambulatoriali dell'igiene pubblica e le attività territoriali del servizio di salute mentale. Nel distretto di Melegnano è inoltre presente il presidio ospedaliero della U.s.s.l. Dal punto di vista organizzativo, l'U.s.s.l. 57 è articolata nei servizi previsti dalla normativa lombarda (figura 2). La tavola 1 fornisce alcuni indicatori della U.s.s.l.

Nel corso del 1991, a seguito delle norme sulla gestione transitoria delle U.s.s.l. (decreto-legge n. 35 del 6 febbraio 1991 convertito in legge n. 111 del 4 aprile 1991) venne nominato il nuovo amministratore straordinario, il quale avvertì presto la debolezza dei tradizionali strumenti di governo, in quanto basati su principi burocratici-amministrativi e scarsamente effi-

caci nel gestire la complessità della U.s.s.l.

Agli inizi del 1992 l'assessorato alla sanità della regione Lombardia decise di avviare un progetto avente come finalità la progettazione e la successiva implementazione di un sistema di gestione budgetaria nelle Unità sanitarie locali. Tale occasione fu colta dall'amministratore straordinario per

Figura 2 - L'organigramma dell'U.s.s.l. 57 di Melegnano

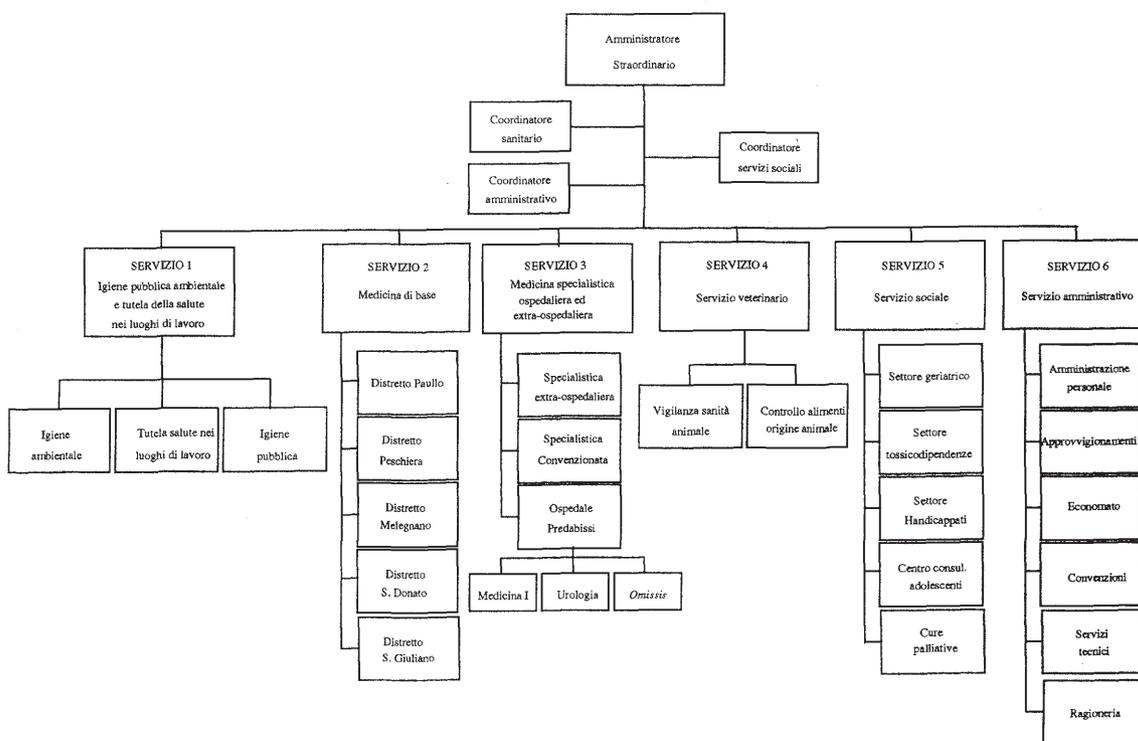


Tavola 1 - Indicatori dimensionali dell'U.s.s.l. 57

	Posti letto	N. ricoveri	Giornate di degenza	N. dipendenti	Bilancio preventivo *
1990	612	17.631	151.736	1.284	190.051.000.000
1991	578	18.551	151.379	1.277	214.807.000.000
1992	590	18.701	148.820	1.319	225.522.364.000
1993	519	18.644	146.393	1.398	226.352.252.500
1994	-	-	-	1.379	214.552.000.000

\* L'importo comprende l'assegnazione regionale destinata alla Casa di cura privata convenzionata di S. Donato.

Fonte: U.s.s.l. 57

candidare la U.s.s.l. 57 quale realtà pilota per la sperimentazione di sistemi di programmazione e controllo della gestione di tipo budgetario.

*1.2. L'avvio del progetto di gestione budgetaria*

Nel marzo del 1992 nell'U.s.s.l. 57, come in altre realtà lombarde (1), prese formalmente avvio il progetto, con la costituzione di un gruppo regionale di coordinamento della sperimentazione e composto da un referente per U.s.s.l., da funzionari regionali e da ricercatori con funzioni di supporto scientifico e metodologico.

Il gruppo regionale iniziò, quindi, con la definizione di un piano di lavoro da attivare in ciascuna U.s.s.l., articolato nelle seguenti fasi operative:

- 1) costituzione degli organismi a supporto del processo di *budget*;
- 2) formalizzazione del piano dei centri di responsabilità (C.d.R.);
- 3) progettazione di un'apposita scheda per la formulazione delle proposte di *budget*;
- 4) distribuzione della scheda ai responsabili di C.d.R.;
- 5) avvio del processo decisionale ed approvazione del *budget*.

*1.2.1. La costituzione degli organismi a supporto del processo di budget*

L'introduzione del sistema di gestione budgetaria richiedeva, secondo le indicazioni del gruppo regionale di coordinamento, la costituzione di due organismi: il comitato *budget* e l'ufficio *budget*.

Il comitato *budget* avrebbe dovuto garantire la gestione ed il controllo dell'intero processo budgetario e, in particolare, gestire il processo decisionale, trovando le opportune soluzioni a problemi di congruenza tecnico-operativa degli obiettivi, di allocazione delle risorse e sottoponendo gli eventuali aspetti di rilevanza strategi-

ca o di particolare criticità alla valutazione preventiva dell'amministratore straordinario.

L'ufficio *budget*, per contro, avrebbe dovuto garantire tutti gli opportuni supporti informativi e tecnico-contabili necessari sia per le fasi di formulazione ed elaborazioni delle proposte di *budget*, sia nelle successive fasi di decisione e di controllo della gestione.

Per quanto riguarda la loro composizione, il gruppo regionale di coordinamento specificò i seguenti criteri:

- la rappresentatività, in quanto il nuovo sistema di gestione avrebbe coinvolto tutte le aree funzionali della U.s.s.l.;
  - la motivazione e l'orientamento al cambiamento, in quanto i processi di innovazione nei sistemi di gestione richiedono spesso di andare oltre la logica dei doveri e degli obblighi di ufficio;
  - la disponibilità di tempo, in quanto l'avvio in forma sistematica dell'attività di programmazione e di controllo della gestione avrebbe necessariamente richiesto un notevole impegno.
- L'applicazione di tali criteri portò, nel giugno 1992, alla costituzione di un primo gruppo di lavoro e, successi-

vamente, con formale delibera del 15 dicembre 1992, all'istituzione del comitato di *budget* e dell'ufficio *budget*; la tavola 2 riporta l'attuale composizione di tali organismi nell'U.s.s.l. 57 di Melegnano.

*1.2.2. La formalizzazione del piano dei centri di responsabilità*

Il primo compito operativo dell'ufficio *budget* fu la predisposizione del piano dei centri di responsabilità (C.d.R.). Anche in questo caso il gruppo regionale di coordinamento di progetto fornì alcuni criteri generali.

La struttura organizzativa formale ha rappresentato una adeguata base di partenza per l'individuazione dei C.d.R., in quanto essa riflette la delega di autorità e di responsabilità dall'organo massimo di governo fino ai responsabili di servizio, area, divisione, settore, sezione ed ufficio. Tuttavia, si presentarono numerosi casi di sovrapposizione e di incertezza nella struttura della responsabilità. Tra gli esempi più significativi si possono evidenziare il blocco operatorio del presidio ospedaliero e l'attività di assistenza domiciliare integrata.

— sul blocco operatorio converge l'attività di tutte le divisioni chirurgi-

**Tavola 2 - Composizione, per il 1994, degli organismi attivati per la gestione del processo di budget**

Organismi	Composizione
<i>Comitato budget</i>	i) il Coordinatore amministrativo; ii) il Coordinatore sanitario; iii) il Coordinatore dei servizi sociali; iv) il Primario di urologia; v) il Primario di anestesia/rianimazione; vi) il responsabile del Servizio economale (in qualità di responsabile dell'ufficio di <i>budget</i> ); vii) il Coordinatore del distretto di Paullo.
<i>Ufficio budget</i>	i) il responsabile dei Servizi economici, con funzioni di responsabile dell'ufficio; ii) 4 operatori di varia estrazione professionale sia amministrativa che sanatoria; iii) 2 borsisti del Ce.R.G.A.S. - Università L. Bocconi di Milano.

che dell'ospedale. Si era quindi in presenza di una tipica situazione di comunanza di risorse tra diverse unità operative e di conseguente sovrapposizione delle responsabilità. In particolare le alternative proposte prevedevano l'attribuzione della responsabilità del blocco operatorio al primario del servizio di anestesia e rianimazione oppure ad uno dei primari delle divisioni chirurgiche. Dopo ampio dibattito e

lunghe negoziazioni il comitato budget decise di affidare la responsabilità al direttore sanitario;

— l'attività di assistenza domiciliare integrata (ADI) è realizzata con il concorso di 3 unità organizzative differenti (settore geriatrico, settore tossicodipendenze e settore per le cure palliative). In questo caso, il comitato budget, non riuscendo ad individuare una responsabilità preminente, decise

di non istituire un C.d.R. specifico per tale attività, ma di istituire un apposito gruppo di lavoro interdisciplinare per favorire una visione unitaria ed integrata degli interventi.

La proposta del piano dei centri di responsabilità formulata dall'ufficio budget e discussa in sede di comitato budget, venne approvata dall'amministratore straordinario con formale delibera nel luglio 1992 (tavola 3).

Tavola 3 - Piano dei centri di responsabilità dell'U.s.s.l. 57

**Servizio n. 1 igiene pubblica, ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro**

- 01 Servizio di igiene ambientale e di tutela della salute nei luoghi di lavoro
- 01.01 Igiene ambientale
- 01.02 Tutela della salute nei luoghi pubblici
- 01.03 Igiene pubblica

**Servizio n. 2 assistenza sanitaria di base**

- 02 Servizio di assistenza sanitario di base
- 02.01 Distretto di Paullo
- 02.02 Distretto di Peschiera Borromeo
- 02.03 Distretto di Melegnano
- 02.04 Distretto di S. Donato Milanese
- 02.05 Distretto di S. Giuliano Milanese

**Servizio n. 3 medicina specialistica ospedaliera ed extra ospedaliera**

- 03 Coordinamento sanitario
- 03.01 Direzione sanitaria
- 03.02 Specialistica extra ospedaliera
- 03.03 Specialistica convenzionata
- 03.04 Divisione di neurologia
- 03.05 Divisione di psichiatria
- 03.06 Divisione di ortopedia e traumatologia
- 03.07 Divisione di medicina 1°
- 03.08 Divisione di medicina 2°
- 03.09 Divisione di ostetricia e ginecologia
- 03.10 Divisione di chirurgia 1°
- 03.11 Divisione di chirurgia 2°
- 03.12 Divisione di O.R.L.
- 03.13 Divisione di pediatria
- 03.14 Divisione di urologia
- 03.15 Divisione di oculistica
- 03.16 Servizio di pronto soccorso

- 03.17 Divisione di cardiologia
- 03.18 Servizio di anestesia e rianimazione
- 03.19 Blocco operatorio
- 03.20 Servizio di nefrologia ed emodialisi
- 03.21 Servizio di farmacia
- 03.22 Servizio dietetico
- 03.23 Servizi vari direzione sanitaria
- 03.24 Poliambulatori
- 03.25 Servizio di sterilizzazione
- 03.26 Servizio di radiologia
- 03.27 Servizio di laboratorio analisi
- 03.28 Servizio di Fisioterapia

**Servizio n. 4 servizio veterinario**

- 04 Servizio veterinario
- 04.01 Vigilanza sanità animale
- 04.02 Controllo alimenti origine animale

**Servizio n. 5 servizio sociale**

- 05 Servizio sociale
- 05.01 Settore geriatrico
- 05.02 Settore tossicodipendenze
- 05.05 Settore handicappati
- 05.06 Progetto adolescenti
- 05.10 Settore per le cure palliative

**Servizio n. 6 servizio amministrativo**

- 06 Coordinamento amministrativo
- 06.01 Segreteria amministrativa generale
- 06.02 Amministrazione del personale
- 06.03 Approvvigionamenti
- 06.04 Economato
- 06.05 Gestione convenzioni
- 06.06 Servizi tecnici
- 06.07 Economico finanziario

Fonte: U.s.s.l. 57

### 1.2.3. La scheda di budget

Nella fase successiva, l'ufficio budget affrontò il problema della predisposizione della scheda di *budget*, ossia dello strumento operativo per la raccolta e la successiva elaborazione delle proposte sugli obiettivi di attività e sui fabbisogni di risorse provenienti dai centri di responsabilità.

Più in particolare, il compito dell'ufficio *budget* era quello di adattare la struttura della scheda-tipo (2) fornita dal gruppo regionale di coordinamento in relazione alle informazioni effettivamente reperibili attraverso il sistema informativo dell'U.s.s.l.

È stata, quindi, progettata una scheda di *budget* articolata in quattro parti:

1) la parte 1 è dedicata alla descrizione delle principali tendenze strutturali che riguardano la dinamica della domanda e dell'offerta nel medio/lungo periodo per gli specifici settori di attività del C.d.R.

L'ufficio *budget* decise di completare questa parte con l'inserimento di alcuni dati disponibili sulla situazione epidemiologica del territorio e di altri indicatori strutturali di domanda e di offerta;

2) la parte 2 è finalizzata all'esplicitazione dei progetti e delle azioni di particolare rilevanza (azioni prioritarie) che il responsabile di C.d.R. intende portare a termine nel breve e nel medio/lungo periodo. In particolare, per ciascun progetto devono essere dettagliatamente indicati: gli obiettivi, le risorse ritenute necessarie per la sua realizzazione, le altre condizioni organizzative indispensabili per il successo dell'iniziativa proposta;

3) la parte 3 è dedicata alla formulazione delle previsioni dei livelli complessivi di attività del C.d.R. in termini quantitativi. Quindi lo scopo di questa parte era quello, da un lato, di dare espressione quantitativa alle azioni prioritarie e, dall'altro, di darne

una rappresentazione integrata con le altre attività consolidate del C.d.R. al fine di evitare spinte incrementali.

Nel primo anno di sperimentazione, tuttavia, la base informativa dell'U.s.s.l. non era in grado di fornire dati quantitativi sufficientemente significativi sui livelli di attività svolti.

L'ufficio *budget* decise quindi in molti casi di non compilare con dati storici questa parte di schede di *budget*. Ciascun C.d.R. fu quindi libero di esprimere i propri obiettivi come meglio riteneva opportuno;

4) la parte 4 è dedicata alla qualificazione del fabbisogno di risorse per l'anno di riferimento.

Anche in questo caso, le condizioni del sistema informativo dell'U.s.s.l., ed in particolare della contabilità per centri di costo, costrinsero l'ufficio *budget* a focalizzare questa parte della contabilità per centri di costo, costrinsero l'ufficio *budget* a focalizzare questa parte della scheda su un numero limitato, seppur significativo, di fattori produttivi ed in particolare su:

a) personale dipendente assegnato specificamente al centro di responsabilità;

b) disponibilità e fabbisogni di apparecchiature medico/scientifiche ed attrezzature tecnico/economiche;

c) consumi di farmaci, prodotti diagnostici ed altro materiali sanitario;

d) consumi di beni tecnico-economiche;

e) fabbisogni di risorse per la formazione e l'aggiornamento professionale.

È rilevante sottolineare che la fase di predisposizione e di precompilazione delle schede ha richiesto, per il primo anno, oltre 3 mesi di intenso lavoro da parte dell'ufficio *budget*, soprattutto per le difficoltà, più volte richiamate, nel reperimento delle informazioni.

### 1.2.4. La formulazione delle proposte di budget

Il 15 dicembre 1992, durante una riunione con tutti responsabili di C.d.R. in cui l'amministratore straordinario illustrò le linee strategiche che l'U.s.s.l. nel suo complesso avrebbe dovuto perseguire, furono consegnate le schede di *budget* 1993.

L'ufficio *budget* predispose, quindi, un intenso programma di lavoro per supportare i responsabili di C.d.R. nella compilazione della scheda. Le difficoltà che questi ultimi incontrarono furono principalmente correlate alla complessità del nuovo «linguaggio» ed alla scarsa abitudine ad assumere una visione globale delle attività da svolgere.

La formulazione delle proposte richieste, sia per il *budget* 1993 che per quello del 1994, un periodo di tre mesi, ma, salvo poche eccezioni, tutte le schede furono riconsegnate solo con lievi ritardi sui tempi concordati.

### 1.2.5. Il processo decisionale

Ma mano che procedeva la raccolta delle schede dei C.d.R., l'ufficio *budget* iniziò il più complesso e, per molti versi, il più delicato dei suoi compiti, ovvero la rilettura critica delle schede di *budget*. Più specificatamente, il compito dell'ufficio *budget* era quello di:

— sintetizzare le informazioni contenute nelle varie schede;

— estrapolare gli aspetti decisionali di maggior rilievo;

— esplicitare eventuali incongruenze presenti nelle proposte;

— rilevare eventuali problematiche trasversali e comuni a più C.d.R.

La lettura delle schede fece tuttavia emergere la necessità di procedere ad una rilettura critica delle stesse cercando di:

— rilevare la coerenza tra gli indirizzi strategici forniti dall'ammini-

stratore straordinario ed i contenuti delle proposte avanzate da ciascun C.d.R.;

— analizzare la coerenza interna della scheda, ossia le relazioni tra le tendenze strutturali esplicitate e le azioni prioritarie indicate per il 1993;

— quantificare le risorse richieste specificandone la loro relazione con gli obiettivi espressi.

Per facilitare tale lavoro di analisi, fu predisposto un foglio di lavoro (figura 3), in cui fosse possibile indicare:

— le decisioni che il comitato *budget* avrebbe dovuto assumere in relazione agli obiettivi di attività proposti e/o ai fabbisogni di risorse evidenziati;

— le proposte di *budget* che, per il loro contenuto e/o per la loro rilevanza, avrebbero richiesto all'amministratore straordinario di assumere nuovi orientamenti strategici;

— i problemi decisionali da lasciare «aperti», in quanto:

a) le proposte si presentavano non chiare od incomplete e quindi avrebbero potuto richiedere un ulteriore approfondimento delle stesse con il responsabile di C.d.R.;

b) le proposte coinvolgevano in modo rilevante altri C.d.R. e si rendeva, quindi, indispensabile una verifica incrociata di disponibilità ad assumere gli impieghi indicati.

Questo metodo di processare le schede, che pur richiese un notevole impegno, si rivelò assai utile:

— a supportare il comitato *budget* nella sua attività decisionale;

— ad attivare un meccanismo di «apprendimento organizzativo» che consentì, nel secondo anno di *budget*, di superare più agevolmente la medesima fase operativa.

Il comitato *budget*, peraltro, dopo alcuni tentativi di procedere ad una valutazione delle singole proposte di *budget*, si rese conto della necessità di garantire trasparenza ed unitarietà al

processo decisionale. A tal fine decise di esplicitare alcuni criteri generali che avrebbero dovuto informare l'intero processo decisionale (tavola 4).

Malgrado gli sforzi compiuti per migliorare e razionalizzare il processo decisionale, il comitato *budget* incontrò rilevanti ostacoli nel valutare

Figura 3 - Schema di riclassificazione utilizzato per sintetizzare le informazioni contenute nelle schede di *budget*

Decisioni di <i>budget</i> da assumere		Decisioni strategiche da valutare	Problemi aperti
<i>su Attività</i>	<i>su Risorse</i>		

Fonte: U.s.s.l. 57

Tavola 4 - Criteri generali per l'allocazione delle risorse adottati dall'U.s.s.l. 57 per l'anno 1993

#### CRITERI GENERALI PER L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

Le azioni proposte sono valutate in relazione ai seguenti criteri:

a) congruenza tra le strategie di intervento a medio/lungo termine delineate dai singoli C.d.R. e gli indirizzi programmatici indicati dall'amministratore straordinario;

b) consolidamento delle iniziative rispondenti ai requisiti specificati nel punto a) già concordate con l'amministratore straordinario ed approvate nei loro contenuti essenziali antecedente all'avvio del progetto *budget* 1993;

c) congruenza tra le azioni prioritarie dai C.d.R. per l'anno in corso e le tendenze di medio/lungo termine della domanda e dell'offerta evidenziate da ciascun C.d.R., ovvero l'adeguatezza a porre rimedio ai punti di debolezza dagli stessi rilevati.

...omissis...

Nel processo di assegnazione delle disponibilità finanziarie per investimenti ad oggi non ancora impiegati, e che al 30 aprile 1993 ammontano complessivamente a lire 2.150.000.000, si stabiliscono i seguenti criteri:

1) destinazione prioritaria di una quota, pari al 41% del finanziario disponibile (pari a lire 879.100.000), per l'acquisto dei beni strumentali direttamente collegati alla realizzazione di:

— progetti conformi alle linee programmatiche indicate dall'amministratore straordinario;

— progetti desunti in sede di comitato *budget* e rispondenti ai requisiti di cui al punto c);

2) assegnazione di una seconda quota, pari al 38% delle risorse finanziarie (per complessive lire 820.900.000), per la costituzione di un fondo destinato:

— alla sostituzione di attrezzature che attualmente risultano fuori uso, come desunto dalle schede di *budget*, e che sono utilizzate in attività ritenute di particolare rilievo tecnico/scientifico, o che sono indispensabili per garantirne la sicurezza dei pazienti;

— alla sostituzione di attrezzature che risultano, dalla lettura delle schede di *budget*, obsolete;

— alla sostituzione o riparazione di attrezzature che potrebbero imprevedibilmente avariarsi nel corso dell'anno o che sono da sostituire in quanto non conformi alle norme CEI;

3) assegnazione di una quota pari all'11.6% del fondo disponibile per investimenti innovativi ai progetti maggiormente significativi (per complessive lire 250.000.000) per investimenti innovativi su progetti significativi e rilevanti tra quelli proposti dai C.d.R. ancorché non inclusi al punto 1);

4) il fondo rimanente, pari al 9.3% della somma globale ed equivalente a lire 200.000.000, è destinato ad un fondo riserva per investimenti in progetti innovativi non ancora previsti e che comporteranno una revisione di *budget*.

...omissis...

Fonte: U.s.s.l. 57

le proposte. Nella generalità dei casi, mancavano infatti informazioni adeguate a comprendere le richieste di risorse e, quindi, ad esprimere giudizi circa l'efficace ed efficiente impiego delle stesse. Un esempio estremamente significativo è rappresentato dalla forte richiesta di ecografi ed endoscopi avanzata da molti C.d.R. durante il processo di *budget* per il 1993. Secondo le personali convinzioni della maggior parte dei componenti del comitato *budget*, l'approvazione di tutte le richieste avrebbe sicuramente comportato un rilevante sotto utilizzo di queste tecnologie. Tuttavia, tali convinzioni non trovavano conferma nelle informazioni contenute nelle schede di *budget*. In questo caso, data la criticità e la rilevanza economica del problema, il comitato *budget* decise di avviare una più profonda analisi della situazione, dando mandato all'ufficio *budget* di acquisire ulteriori informazioni sul grado di utilizzo degli analoghi apparecchi già in uso nella U.s.s.l. e delle ragioni delle richieste avanzate dai C.d.R. Il comitato *budget* costituì quindi un gruppo di lavoro che sulla base dei nuovi elementi di valutazione, avrebbe dovuto minimizzare l'acquisizione di nuove tecnologie e definire dei protocolli di utilizzo di quelle esistenti (tavola 5).

Nelle generalità degli episodi di difficoltà decisionale non fu ritenuto possibile, o comunque opportuno, procedere ad analoghi approfondimenti, a causa degli elevati costi e dei tempi che ciò avrebbe comportato.

Pur con i limiti decisionali descritti, il comitato *budget*:

— completò il processo di selezione degli obiettivi e di allocazione delle risorse;

— sottopose all'approvazione dell'amministratore straordinario un progetto di *budget* complessivo per la U.s.s.l. 57 di Melegnano (tavola 6);

**Tavola 5 - Le richieste di ecografi ed endoscopi nel budget 1993**

C.d.R. richiedenti	Costo complessivo delle richieste	Risorse finanziarie allocate nel budget 1993 per l'acquisto di ecografi ed endoscopi
10	L. 1.619.000.000	L. 176.500.000

**Tavola 6 - Il budget 1993 e 1994 dell'U.s.s.l. 57 di Melegnano**

FATTORI PRODUTTIVI	BUDGET CONSUMI 1993	CONSUNTIVO 1993	BUDGET CONSUMI 1994
<u>Personale:</u>			
Voci legate al ruolo + accessori	66.770.003.000	75.881.732.664	78.357.119.036
Medicina specialistica convenzionata interna	2.778.000.0000	2.784.363.229	2.700.832.333
<u>Altre convenzioni nazionali:</u>			
Medicina di base, pediatria di libera scelta	11.304.000.000	11.265.881.031	10.927.904.601
Assistenza protesica	978.000.000	929.837.840	901.942.705
Ass. riabilitazione + tossicodip.	576.000.000	2.465.121.383	2.391.167.742
Ass. specialistica convenzionata esterna	3.500.000.000	2.610.582.460	2.532.264.987
Ass. ospedaliera convenzionata	88.000.000.000	92.339.631.443	89.569.442.500
Materiale sanitario	16.217.386.000	16.660.157.701	15.029.128.000
Materiale tecnico economale	3.751.000.000	3.276.623.643	3.113.036.946
Manutenzioni ordinarie in appalto	7.280.000.000	6.495.202.060	6.300.345.999
Aggiornamento e formazione	139.000.000	232.560.725	225.583.904
Educazione sanitaria	120.000.000	269.393.590	261.311.783
Servizi in appalto	6.849.000.000	8.943.303.919	8.675.004.802
Altri costi	11.276.000.000	11.092.830.701	10.760.045.780
Organi istituzionali	390.000.000	400.079.805	388.077.418
<b>Totale</b>	<b>219.928.389.000</b>	<b>235.647.302.194</b>	<b>232.133.208.536</b>

— attivò un ritorno informativo verso i responsabili di C.d.R. al fine di esplicitare i criteri decisionali generali adottati e le specifiche richieste di budget approvate.

Con particolare riferimento al problema del ritorno informativo, l'ufficio *budget* predispose una «scheda di ritorno» in cui, per ciascun C.d.R., sono precisati gli orientamenti strategici approvati, gli obiettivi di attività espressi, per quanto possibile, con indicatori quantitativi e le risorse assegnate. La tavola 7 fornisce una esemplificazione della scheda di ritorno.

## 2. L'applicazione della metodologia dei Gao alla divisione di urologia e confronto con altri sistemi di classificazione: I DRGs

### 2.1. La costituzione di un gruppo di lavoro sugli indicatori di attività

Il secondo anno di sperimentazione del sistema di budget aveva reso inderogabile la necessità di porre mano al sistema informativo, a causa della sua inadeguatezza nel supportare sia la fase di predisposizione del *budget*, sia quella successiva di verifica e controllo delle attività svolte. In fase di formulazione delle proposte, i responsabili di C.d.R. avevano infatti trovato oggettive difficoltà nell'esprimere i propri obiettivi di attività attraverso indicatori sintetici, realistici e comprensibili al resto dell'organizzazione. Analogamente, in fase di discussione e di valutazione delle proposte, il comitato *budget* non era sempre riuscito a cogliere le implicazioni economiche ed organizzative insite nelle decisioni. In particolare, aveva incontrato difficoltà nel:

- valutare le *performances* di ogni singola unità organizzativa;
- formulare giudizi di efficacia e di efficienza;
- razionalizzare l'allocazione delle risorse tra i diversi settori di attività;

Tavola 7 - Scheda di ritorno 1993 della divisione di pediatria

C.d.R.	Pediatría	cod. 03.13.0
<i>Opzioni strategiche accolte dal comitato budget</i>		
Il C.d.R. segnala la presenza di tre punti di debolezza ai quali chiede sia posto rimedio:		
a) la mancanza di una precisa definizione del pronto soccorso pediatrico;		
b) la mancata ripresa dell'attività di valutazione degli interventi nel settore materno-infantile in conseguenza dell'interruzione della consulenza epidemiologica precedentemente attuata;		
c) le gravi carenze nell'organico infermieristico.		
In merito alle questioni sollevate dal C.d.R. il comitato <i>budget</i> ritiene:		
1) che la realizzazione della cosiddetta «area pediatrica» ed il riconoscimento del pronto soccorso pediatrico non debbano essere affrontati in sede di <i>budget</i> 1994 in quanto un progetto per l'area materno-infantile ed un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, che affrontano proprio le questioni in oggetto, sono in fase di studio presso la Regione;		
2) che debba essere approvata l'istituzione (ancorché in via non formalizzata) del dipartimento materno-infantile, costituito dai servizi nn. 1, 2, 3, 5, u.o. geriatrico-ginacologica e neuropsichiatria infantile. Propone inoltre di utilizzare i protocolli dell'area psico-sociale, ostetrico-ginacologica e pediatria come base per la predisposizione dei protocolli di riferimento. Sono confermati infine gli altri obiettivi individuati nella scheda di <i>budget</i> predisposta dal C.d.R. pediatria;		
3) che la segnalata carenza di personale infermieristico debba essere ricondotta alla relativa scheda trasversale (vedi).		
Il comitato <i>budget</i> approva l'azione di potenziamento del servizio di allergologia pediatrica e conseguentemente vengono assegnate le risorse strumentale richieste. Non si ritiene, per contro, di dover accordare nuovi spazi per tale servizio.		
<i>Problemi aperti</i>		
Il comitato <i>budget</i> , vista la richiesta del C.d.R. di realizzare un ambulatorio ospedaliero di secondo livello per l'adolescenza, ritiene che si debba invece costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare (come peraltro previsto anche dalla proposta presentata dal C.d.R.) per lo studio di fattibilità di un ambulatorio <i>con sede territoriale</i> .		
<i>Risultati attesi per il 1994</i>		
Si confermano i livelli qualitativi e quantitativi di attività per il 1993. Si evidenziano i seguenti ulteriori obiettivi differenziali:		
<i>Obiettivi</i>	Potenziamento diagnostico del servizio di allergologia pediatrica.	<i>Modalità di valutazione</i> Verifica dei dati di attività del servizio; Verifica della realizzazione programma informatico per il <i>follow-up</i> dei pazienti.
... omissis ...		
<i>Fonte: U.s.s.l. 57</i>		

— apprezzare i problemi di coordinamento e di integrazione tra le diverse unità organizzative;

— verificare la coerenza tra gli obiettivi proposti dai diversi C.d.R. e le strategie complessive della U.s.s.l.

In fase di controllo della gestione, infine, l'ufficio *budget* non era stato in grado di fornire elementi di giudizio circa l'effettivo raggiungimento degli obiettivi e le eventuali esigenze di revisione dei programmi di *budget*.

Per rispondere a tali problematiche, dopo una lunga fase di riflessioni e confronti con il gruppo di coordinamento regionale, l'amministratore straordinario della U.s.s.l. decise di affrontare in modo organico e complessivo la riprogettazione del sistema informativo attraverso un ripensamento dei sistemi, dei metodi e degli strumenti di rilevazione e di analisi dei dati.

La prima iniziativa fu quella di costituire un gruppo di lavoro con il compito di definire un sistema di indicatori coerenti con le finalità, le esigenze e le logiche del sistema di gestione budgetario. Il gruppo di lavoro adottò in proposito una metodologia che era nata ed era stata messa a punto in regione Emilia-Romagna nell'ambito di un analogo progetto di introduzione del sistema di gestione budgetario. Tale metodologia, che si traduce nella definizione di gruppi di attività omogenee (GAO) (3) per ogni C.d.R., presenta le seguenti caratteristiche peculiari:

— la possibilità di essere applicata a tutte le attività delle aziende sanitarie, sia quelle di diagnosi e cura, sia quelle di prevenzione, sia quelle tecniche ed amministrative, favorendo lo sviluppo di un linguaggio comune all'interno dell'organizzazione;

— la possibilità di determinare sistemi di classificazione dei servizi, delle prestazioni e, in generale, dei risultati delle attività in forme facilmen-

te trasferibili ad altre aziende sanitarie;

— la possibilità di sviluppare il consenso sugli strumenti di misurazione dei risultati in quanto prevede espressamente un forte coinvolgimento di tutte le professionalità, sanitarie e tecnico-amministrative, nelle fasi di progettazione e di implementazione.

Per realizzare il suo obiettivo di definire il sistema di classificazione di tutti i risultati della U.s.s.l., il gruppo di lavoro, identificato un primo nucleo di C.d.R. sperimentali su cui affinare il metodo, definì un percorso operativo di analisi di ciascun C.d.R. articolato nelle seguenti fasi:

— specificazione degli oggetti (risultati) da sottoporre a classificazione secondo la metodologia dei GAO;

— analisi delle attività svolte a fini di applicazione dei criteri di classificazione previsti dalla metodologia;

— formalizzazione dei primi risultati dell'analisi effettuata per verificare con i responsabili lo schema di classificazione delle attività del proprio C.d.R. in gruppi omogenei;

— aggiustamento e revisione dello schema di classificazione;

— ricognizione della base informativa esistente attraverso una verifica dei dati disponibili;

— formulazione di proposte di modifica dei meccanismi di rilevazione e/o di attivazione di nuove procedure per la raccolta delle informazioni.

La divisione di urologia (tavola 8 e tavola 9) dell'ospedale Predabissi di Melegnano fu una delle prime unità organizzative ad applicare la metodologia dei GAO: il primario, componente del comitato *budget*, si era infatti dichiarato particolarmente disponibile per questa sperimentazione.

## 2.2. La definizione di uno schema generale di riferimento per l'applicazione della metodologia dei GAO

La fase più critica si rivelò quella di analisi delle attività e dei risultati della divisione di urologia. Tale fase richiedeva, infatti, la collaborazione attiva del personale sanitario della divisione ed, in particolare, la loro piena comprensione degli scopi conoscitivi perseguiti e del metodo operativo da

**Tavola 8 - Indicatori strutturali della divisione di urologia**

	Ricoveri	Posti letto	Giornate di degenza	Degenza media
<b>1990</b>	1.350	40	11.530	7,89
<b>1991</b>	1.256	40	11.293	8,71
<b>1992</b>	1.083	40	10.633	10,74
<b>1993</b>	1.153	40	10.647	8,93

**Tavola 9 - Dotazione organica della divisione di urologia al 13 dicembre 1993**

Qualifica	N.
Primario ospedaliero T.P.	1
Aiuto medico T.P.	1
Assistente medico T.P.	1
Assistente medico T.D.	3
Capo-sala	2
Infermiere professionale	17
Infermiere generico	4
Operatore tecnico	1

adottare. Per favorire questo processo di comunicazione e di apprendimento, il gruppo di lavoro predispose una esemplificazione riferita ad una generica divisione chirurgica.

In particolare, fu ipotizzata una realtà in cui fossero assolate due funzioni prevalenti, quella di emergenza e quella di diagnosi e cura. A ciascuna delle funzioni di questa generica divisione si applicarono, in modo sequenziale, i criteri generali di classificazione previsti dalla metodologia dei GAO e richiamati in tavola 10. Il procedimento di articolazione delle atti-

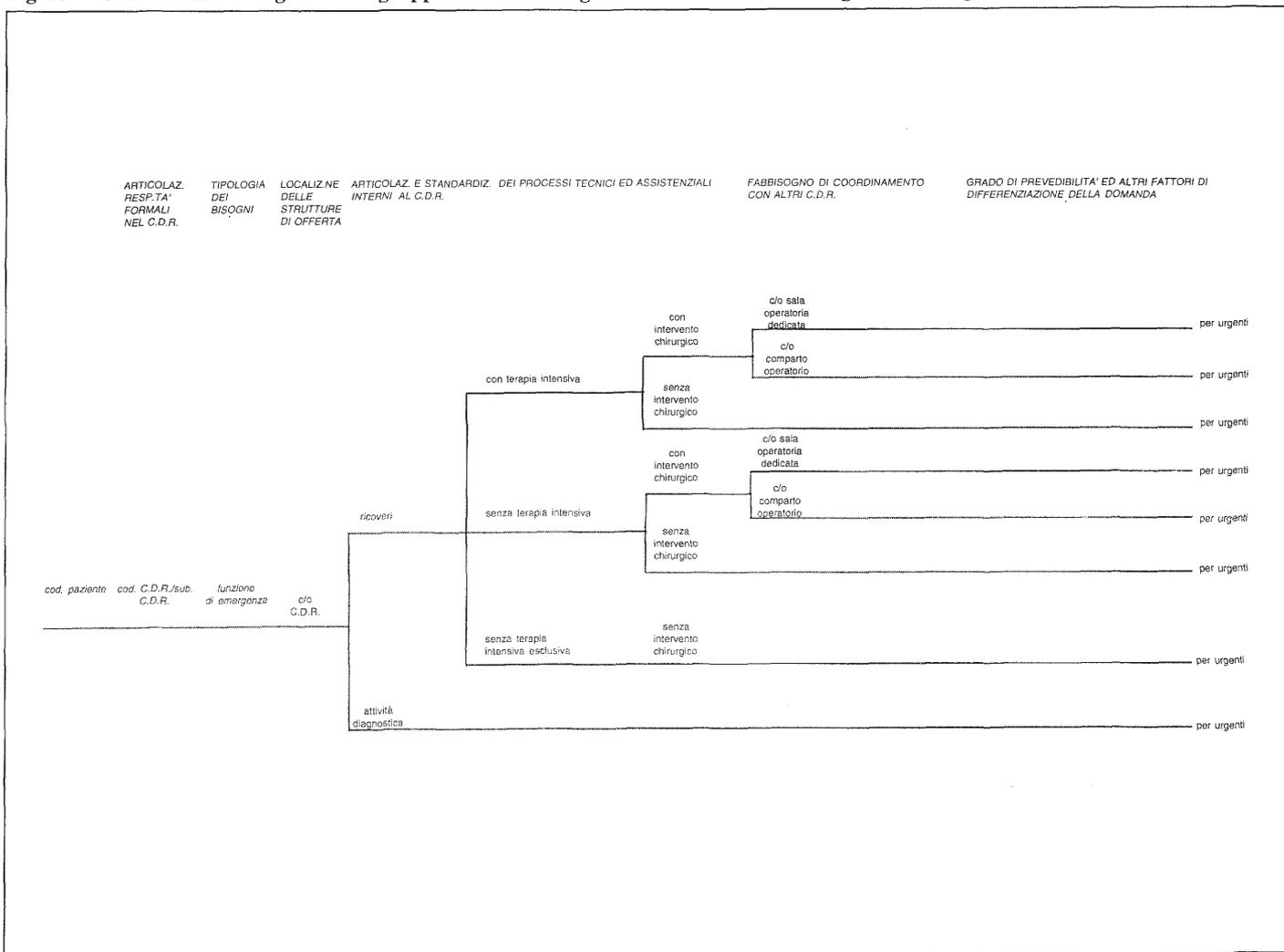
vità della ipotetica divisione chirurgica, al fine di definire gruppi omogenei

di risultati, è rappresentata graficamente in figura 4 per la funzione di

**Tavola 10 - I criteri generali di classificazione dei prodotti e servizi secondo la metodologia dei GAO**

<p><b>Criteri relativi alle caratteristiche strutturali della domanda e dell'offerta:</b></p> <p>A. l'articolazione delle responsabilità formali interne al C.d.R.                  B. la tipologia dei bisogni                  C. la localizzazione delle strutture di offerta</p> <p><b>Criteri relativi alle effettive modalità di offerta</b></p> <p>D. l'articolazione e la standardizzazione dei processi tecnici ed assistenziali interni al C.d.R.                  E. il fabbisogno di coordinamento ed integrazione con altri C.d.R.</p> <p><b>Criteri relativi alle effettive caratteristiche della domanda</b></p> <p>F. il grado di prevedibilità ed altri fattori di differenziazione della domanda</p>
--

**Figura 4 - Schematizzazione grafica dei gruppi di attività omogenee della funzione di emergenza di una generica divisione chirurgica**



emergenza e in figura 5 per la funzione di diagnosi e cura.

Nelle schematizzazioni proposte, la struttura ad albero descrive un tipico procedimento di classificazione in cui:

— viene qualificata la popolazione di eventi da sottoporre ad osservazione in relazione agli scopi conoscitivi perseguiti. Per fini di programmazione e controllo della gestione, la popolazione è stata quindi identificata nell'insieme dei risultati prodotti da un C.d.R. quale risposta alle richieste provenienti dagli utenti, dalle autorità, dal legislatore, da altre unità organizzative e, in generale, da qualunque altra entità

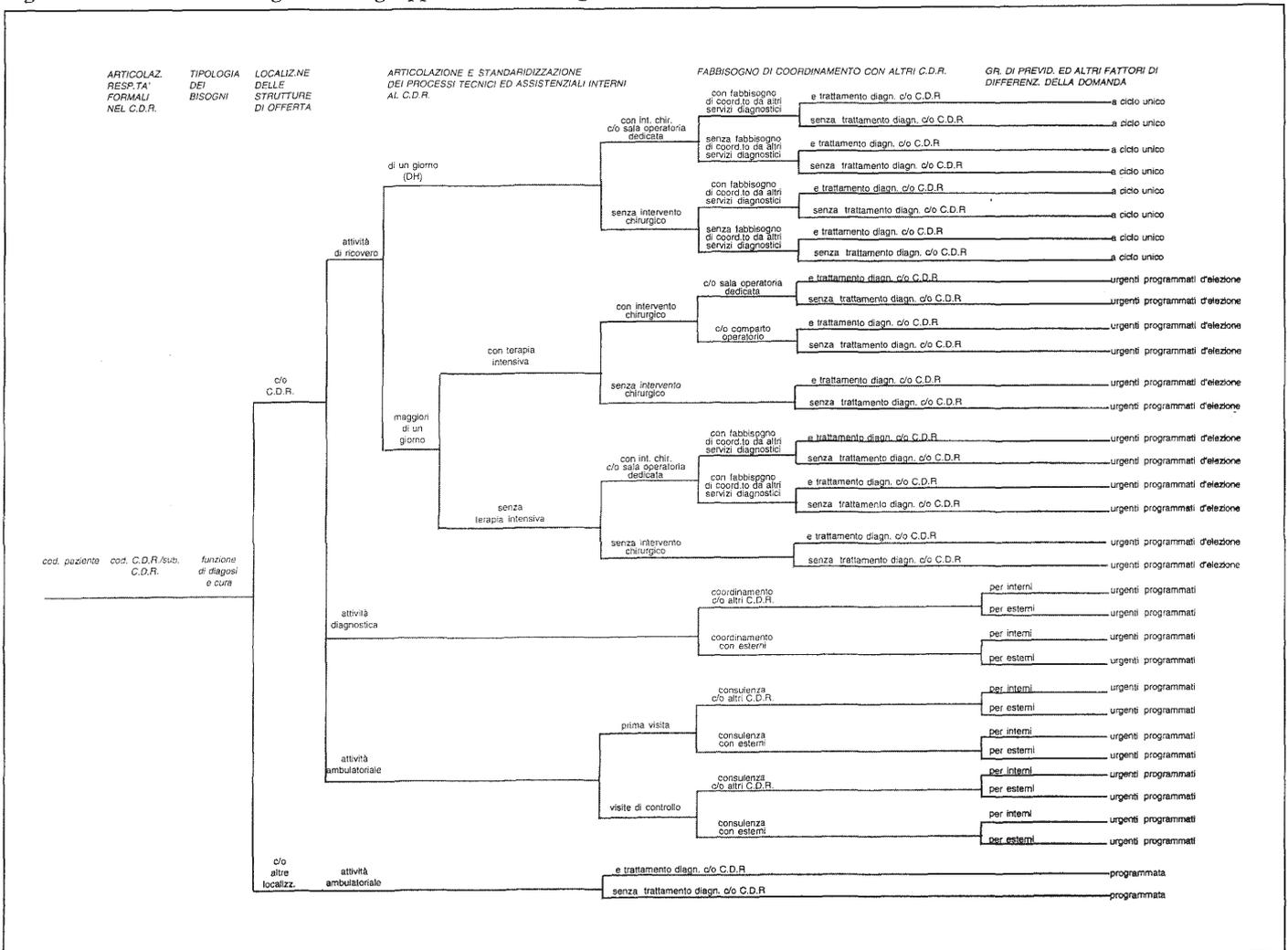
esterna al C.d.R. che sia promotrice di una domanda e quindi determini la produzione e la cessione di una prestazione, servizio o altro risultato.

— la popolazione individuata è oggetto di classificazione in relazione a specifici criteri. Nel caso in esame, l'insieme dei risultati realizzati dal C.d.R. sono classificati in gruppi progressivamente meno numerosi al loro interno, ma più omogenei rispetto alle attività che li hanno generati. In realtà, l'effetto determinato dall'applicazione sequenziale dei criteri di classificazione è quello di fornire un'identità ai risultati, ossia ai prodotti che vengono

ceduti, attribuendo loro «qualità» che li rendono univocamente distinguibili da ogni altro (4).

A titolo esemplificativo, in figura 5 i risultati realizzati per assolvere alla funzione di diagnosi e cura sono classificati in modo distinto a seconda che siano prodotti presso il C.d.R. o presso altre localizzazioni, in applicazione del criterio di cui alla lettera C di tavola 9. A loro volta, il gruppo di risultati realizzati presso il C.d.R. è ulteriormente distinto in quanto generato da (i) attività di ricovero, (ii) attività diagnostica, (iii) attività ambulatoriale, in applicazione del criterio sulla natura dei pro-

**Figura 5 - Schematizzazione grafica dei gruppi di attività omogenee della funzione di diagnosi e cura di una generica divisione chirurgica**



cessi tecnici di cui alla lettera D, di tavola 9. Analogamente, in applicazione del medesimo criterio di cui alla lettera D, i risultati realizzati presso «altre localizzazioni» sono ulteriormente qualificati quale attività ambulatoriale.

È rilevante sottolineare come il metodo di classificazione proposto porti a distinguere, nell'esemplificazione fin qui fornita, l'attività ambulatoriale secondo criteri di articolazione logica dell'attività stessa. La *ratio*, per questo come per gli altri criteri previsti dalla metodologia, è da ricercarsi nell'esigenza di esplicitare tutti quegli aspetti che:

— possono differenziare il processo tecnico di produzione e di cessione dei risultati in termini di metodiche cliniche adottate, di tecnologie, di altri fattori produttivi rilevanti o di condizioni organizzative necessarie;

— possono incidere sulla prevedibilità degli eventi e, quindi, rendere più critica la programmazione della gestione;

— possono aumentare il fabbisogno di integrazione e di coordinamento con altri settori, rendendo meno controllabile il risultato dell'azione;

— in generale, e a parità di altre condizioni, possono influenzare il valore della produzione, ossia la sua idoneità a soddisfare i bisogni espressi attraverso la domanda.

In altri termini, la metodologia cerca di evidenziare l'insieme dei fattori che incidono sul valore della produzione e che non trovano piena rappresentazione (misurazione) nel valore economico dei fattori produttivi impiegati, espresso dal costo.

Operativamente, ciascun ramo delle figure 4 e 5:

— identifica un GAO, ossia un gruppo di risultati da considerarsi omogenei;

— esplicita uno specifico percorso di classificazione di ciascun risultato conseguito (il singolo caso trattato,

l'intervento diagnostico realizzato, ecc.) consentendo la sua attribuzione ad un determinato GAO (5).

L'elenco complessivo dei GAO può quindi essere letto nella colonna all'estrema destra delle figure 4 e 5, in corrispondenza dell'applicazione dell'ultimo criterio di classificazione (lettera F di tavola 9).

A titolo esemplificativo, il primo GAO di figura 5 si ottiene seguendo il percorso che prevede: (i) lo svolgimento di una funzione di diagnosi e cura, (ii) presso il C.d.R., (iii) attraverso un'attività di ricovero, (iv) di un giorno, (v) con intervento chirurgico presso una sala operatoria dedicata, (vi) con servizi diagnostici acquisiti da altri C.d.R., (vii) e altri servizi diagnostici effettuati presso lo stesso C.d.R., (viii) per un ciclo di trattamenti. Analogamente, attraverso una lettura a ritroso della figura 5, si può affermare che la generica divisione considerata realizza un primo gruppo di risultati/prodotti definito in termini di cicli di trattamenti in regime di *day-hospital* con assorbimento di servizi diagnostici, in parte prodotti in proprio e in parte forniti da altri C.d.R., e che richiede un intervento chirurgico in sala operatoria dedicata.

### 2.3. L'individuazione dei GAO nella divisione di urologia

Una volta predisposto lo schema generale, il gruppo di lavoro attraverso alcune interviste con il primario ed altri operatori iniziò la classificazione delle attività della divisione di urologia applicando i criteri più volte richiamati.

L'applicazione della metodologia ha consentito di rilevare che:

a) non esiste una consolidata distribuzione di responsabilità all'interno del C.d.R.;

b) i bisogni soddisfatti sono sostanzialmente riconducibili alle fun-

zioni di emergenza e di diagnosi e cura. L'analisi della divisione di urologia portò, inoltre, ad individuare un ulteriore gruppo di attività (prevalentemente correlate all'attività di insegnamento presso la scuola infermieri professionali, all'attività di formazione degli specializzandi dell'università di Pavia svolta presso la divisione e all'attività libero-professionale) che fu ricompreso in una funzione residuale.

Rispetto alle funzioni principali individuate, il gruppo ritenne opportuno indagare anche le differenti condizioni attraverso cui tali funzioni sono di norma assolte. In particolare, l'analisi prese in considerazione:

— il tipo di responsabilità;

— i meccanismi istituzionali attraverso cui viene filtrata la domanda.

Con riguardo ai tipi di responsabilità, esistono tre differenti classi: (i) responsabilità di risultato finale (casi in regime di ricovero e in regime ambulatoriale in cui il paziente risulta in carico al C.d.R.); (ii) responsabilità di risultato intermedio (casi di prestazioni specifiche richieste da altri C.d.R. che hanno in carico il paziente come avviene, ad esempio, per le visite e parere o per le visite urgenti presso il pronto soccorso per pazienti politraumatizzati o molto gravi); (iii) responsabilità di condizioni di funzionamento (casi in cui il C.d.R. fornisce supporto ad altri C.d.R. come, ad esempio, per la cessione di ore medico agli ambulatori distrettuali).

Con riguardo ai meccanismi di filtro della domanda, sono previsti: (i) il pronto soccorso per la funzione di emergenza; (ii) la programmazione del C.d.R. per la funzione di diagnosi e cura in regime di ricovero (dal punto di vista amministrativo le pratiche di accettazione sono però gestite dal pronto soccorso per tutte le divisioni ospedaliere); (iii) la programmazione del C.d.R. per la funzione di diagnosi

e cura in regime ambulatoriale; (iv) il centro unificato di prenotazione ad oggi abilitato per le sole visite specialistiche effettuate presso il poliambulatorio dell'ospedale in regime di assistenza garantita e di libera professione; (iv) la richiesta di altri C.d.R. per tutte le attività che vengono svolte a favore di pazienti non in carico alla divisione di urologia.

Sono così state evidenziate 9 diverse fattispecie presenti nella divisione di urologia (tavola 11);

c) le attività del C.d.R. sono svolte presso differenti sedi ed, in particolare, presso:

— il reparto, situato al 6° piano dell'ospedale dove sono collocati i 40 posti letto della divisione destinati alla degenza ordinaria ed al *day-hospital*;

— un primo gruppo di ambulatori divisionali, situati sempre al 6° piano dell'ospedale, adibiti all'esecuzione di visite specialistiche (oncologiche,

urologiche ed andrologiche), di trattamenti oncologici, di indagini diagnostiche strumentali (urodinamica, doppler, ecografie urologiche e endodiagnostica), di interventi endoscopici, di interventi chirurgici e di altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali;

— un secondo gruppo di ambulatori, collocati presso il poliambulatorio del presidio ospedaliero (al piano terra e al 1° piano), adibiti all'esecuzione di visite specialistiche;

— un terzo gruppo di ambulatori, situati presso tre dei cinque distretti (S. Donato, S. Giuliano e Paullo), dove in giorni ed ore prefissate i medici della divisione svolgono attività ambulatoriale;

— il monoblocco operatorio dell'ospedale, utilizzato in comune da tutte le divisioni per l'esecuzione degli interventi chirurgici;

— altri C.d.R., dove il personale dell'urologia si reca per l'effettuazio-

ne di prestazioni che richiedono la presenza dell'urologo o per visite a parere.

Il criterio della localizzazione risulta significativo per pressoché tutte le diverse funzioni assolte dal C.d.R. In effetti, ciascuna di esse risulta svolta su di una pluralità di sedi (tavola 12), con un aggravio organizzativo considerato rilevante;

d) anche l'analisi delle caratteristiche dei processi tecnici ed assistenziali ha fatto emergere una pluralità di fattispecie:

— con riguardo alla funzione di emergenza in regime di ricovero, il C.d.R. effettua: (i) ricoveri per osservazione a cui non segue l'intervento chirurgico (ad esempio, in caso di trauma renale); (ii) ricoveri per osservazione a cui segue l'effettuazione di un intervento chirurgico, di tipo invasivo o di tipo endoscopico. Gli interventi chirurgici vengono sempre eseguiti presso le sale del blocco operatorio.

**Tavola 11 - Condizioni strutturali di soddisfacimento dei bisogni**

FUNZIONI ASSOLTE	TIPO DI RESPONSABILITÀ (risultato finale, risultato intermedio, condizione di funzionamento)	FUNZIONE DI FILTRO DELLA DOMANDA
<i>Funzione di emergenza</i>	RF/RI	Pronto soccorso
<i>Funzione diagnosi e cura</i>	RF RF RF RI/CF	Programmazione C.d.R. (ricoveri) Programmazione C.d.R. (ambulatori divisionali) CUP (poliambulatorio H) Richiesta di altri C.d.R.
<i>Altre funzioni:</i> a) formazione scuola infermieri b) libera professione c) formazione specializzandi Università di Pavia	CF RF —	Richiesta di altri C.d.R. CUP (cassa ambulatoriale) —

rio, mentre gli interventi endoscopici possono essere eseguiti o nelle sale del blocco operatorio o negli ambulatori divisionali del 6° piano (tavola 12); — con riguardo alla funzione di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, la divisione di urologia è solita far precedere un ricovero di tipo diagnostico all'esecuzione dell'inter-

**Tavola 12 - Le possibili articolazioni in gruppi omogenei di risultati derivanti dall'applicazione dei primi tre criteri: A articolazione delle responsabilità formali, B tipologia dei bisogni e C localizzazione delle strutture di offerta**

CRITERI A E B ↓	CRITERIO C ⇒	Reparto	Ambulatori 6° piano	Poliambulatorio H	Ambulatori c/o distretti	Blocco operatorio H	Altri C.d.R.
funzione di emergenza tramite PS con responsabilità di risultato finale		(trattamenti vari)	(interventi endoscopici)			(interventi chirurgici e endoscopici)	
funzione di emergenza tramite PS con responsabilità di risultato intermedio							(visita special- istica c/o PS)
funzione di diagnosi e cura su programmazione C.d.R. (ricoveri) con responsabilità di risultato finale		(trattamenti vari)	(interventi endoscopici e diagnostica strumentale)			(interventi chirurgici e endoscopici)	
funzione di diagnosi e cura su programmazione C.d.R. (ambulatori divisionali) con responsabilità di risultato finale			(visite andrologi- che, visite per PS, interventi chirurgi- ci e endoscopici diagnostica stru- mentale, altre)				(piccoli interventi chirurgici radioassistiti c/o sale servizio radiodiagnostica)
funzione di diagnosi e cura tramite CUP con responsabilità di risultato finale				(visite special- istiche urologiche e oncologiche)			
funzione di diagnosi e cura con responsabilità di risultato intermedio						(interventi chirurgici e endoscopici per pediatria)	(visite e parere c/o divisioni; assistenza post-intervento c/o pediatria; visite di urologia c/o pediatria; sami contra- stograf. c/o sale RX)
funzione di diagnosi e cura con respon- sabilità di condizioni di funzionamento					(cessione ore me- dico per attività ambulatoriale)		
altre funzioni con responsabilità di risultato finale				(attività libero professionale)			
altre funzioni con responsabilità di condizioni di funzionamento							(cessione ore me- dico per attività di formazione)

vento chirurgico (tavola 13). Per cui, si possono individuare tre fattispecie: (i) ricoveri a scopo diagnostico; (ii) ricoveri a scopo terapeutico con l'esecuzione di intervento chirurgico, di tipo invasivo o di tipo endoscopico; (iii) ricoveri a scopo terapeutico senza l'esecuzione di intervento chirurgico. Analogamente alla funzione di emergenza in regime di ricovero, gli interventi chirurgici sono effettuati presso le sale del blocco operatorio e gli interventi endoscopici o presso le sale del blocco operatorio o presso gli ambulatori divisionali del 6° piano. Nel caso dei ricoveri a scopo diagnostico è la stessa divisione ad effettuare direttamente alcune prestazioni di diagnostica strumentale negli ambulatori divisionali del 6° piano, quali: urodinamica, ecografia urologica, diagnostica andrologica (tra cui, ad esempio, l'esecuzione di *doppler*) ed endoscopia diagnostica (tavola 12). Così si possono avere: ricoveri con un solo tipo di prestazione, ricoveri con più di un tipo di prestazione, secondo varie combinazioni, e ricoveri con tutti e quattro i tipi di prestazione;

— con riguardo alla funzione di diagnosi e cura in regime di *day-hospital*, il C.d.R. effettua esclusivamente ricoveri a scopo terapeutico. Nel corso di tali ricoveri possono essere effettuati: (i) interventi chirurgici, di tipo invasivo o di tipo endoscopico (ad esempio, esecuzione di *TUNA* che è una nuova metodica per la cura dell'ipertrofia prostatica benigna); (ii) altri trattamenti a carattere terapeutico (ad esempio, trattamenti oncologici). Gli interventi chirurgici e gli interventi endoscopici in regime di *day-hospital* sono sempre eseguiti presso le sale del blocco operatorio (tavola 12);

— con riguardo alla funzione di diagnosi e cura in regime ambulatoriale, il C.d.R. effettua: (i) visite specialistiche oncologiche, andrologiche ed urologiche; (ii) prestazioni di diagnostica strumentale, quali urodinamica, eco-

grafia urologica, endoscopia diagnostica e diagnostica andrologica; (iii) controlli oncologici successivi; (iv) piccoli interventi chirurgici ambulatoriali, di tipo invasivo o di tipo endoscopico; (v) altre prestazioni terapeutiche di vario tipo. L'attività ambulatoriale è svolta presso varie sedi (tavola 12) e sono previsti differenti meccanismi di accesso dei pazienti. In particolare:

le visite specialistiche oncologiche ed urologiche sono eseguite nel poliambulatorio del presidio ospedaliero e sono prenotate tramite CUP o tramite cassa ambulatoriale se si tratta di libera professione;

le visite urologiche sono anche eseguite su richiesta del pronto soccorso presso gli ambulatori divisionali del 6° piano quando non si tratta di vera e propria emergenza;

gli interventi di piccola chirurgia radioassistita sono eseguiti nelle sale del servizio di radiodiagnostica e prenotati direttamente dal C.d.R.;

infine, tutti gli altri tipi di prestazione sono eseguiti presso gli ambulatori divisionali del 6° piano e sono prenotati direttamente dal C.d.R.;

— con riguardo all'attività a favore di altri C.d.R. la divisione di urologia effettua: (i) visite specialistiche per pazienti del pronto soccorso presso il pronto soccorso se si tratta di emergenza, come nel caso dei politraumatizzati o di altri pazienti gravi; (ii) visite specialistiche urologiche per pazienti pediatrici presso gli ambulatori della divisione di pediatria; (iii) interventi chirurgici ed endoscopici di urologia pediatrica con assistenza *post-intervento*, sempre per pazienti della divisione di pediatria; (iv) esami contrastografici presso le sale diagnostiche radiologiche; (v) visite a parere su richiesta di altre divisioni ospedaliere per pazienti ricoverati; (vi) attività ambulatoriale presso tre distretti della U.s.s.l. (S. Donato, Paullo, S. Giuliano); (vii) attività di formazione presso la scuola infermieri professionali;

e) questo criterio è particolarmente significativo per i ricoveri ordinari a scopo diagnostico e per gli interventi chirurgici ed endoscopici. Con riguardo ai ricoveri a scopo diagnostico, risulta considerevole il fabbisogno di coordinamento con tutti i C.d.R. che effettuano prestazioni diagnostiche (es-

**Tavola 13 - Tipologia e numero di interventi effettuati in sala operatoria dalla divisione di urologia nel corso del 1993**

Ricoveri totali	Ricoveri operati	Ricoveri non operati	Ind. op.
1.153	487	666	42%
Tipologia di intervento	N.	Media gg. pre-intervento	Media gg. post-intervento
Esciss. o demoliz. transuretrale di tess. vescicale	83	4,45	5,41
Prostatectomia transuretrale	49	1,88	5,78
Esciss. di varicocele e idrocele cordone spermat.	40	1,33	2,03
Prostatectomia sovrapubica	37	2,78	8,41
Circoncisione	34	1,38	1,29
Incisione della prostata	25	2,84	5,32
Nefrectomia completa	21	6,24	10,67
Altri			
<b>Totale</b>	<b>487</b>	<b>3,80</b>	<b>6,74</b>

senzialmente, servizio di radiodiagnostica e laboratorio analisi), in quanto i tempi e le modalità di effettuazione degli esami condizionano significativamente la durata di degenza e la qualità del risultato finale. Anche con riguardo agli interventi chirurgici risulta rilevante il fabbisogno di coordinamento con altri C.d.R. per l'utilizzo delle sale del blocco operatorio (in comune a più divisioni chirurgiche) e per il fabbisogno di assistenza medico-specialistica da parte di altri C.d.R. (servizio di anestesia, servizio di radiodiagnostica ed altri). In particolare, si possono distinguere interventi chirurgici:

- con o senza radioassistenza;
- con o senza la presenza di chirurghi di altre specialità;
- f) con riguardo al diverso grado di prevedibilità, la divisione di urologia

effettua una distinzione all'interno dei ricoveri in regime di degenza ordinaria ed, in particolare, tra:

- ricoveri di elezione, che possono essere rinviati fino a 6 mesi;
- ricoveri che possono essere rinviati fino ad un massimo di 2 mesi.

Tale distinzione, sebbene venga utilizzata quale criterio per la gestione delle liste d'attesa, non è stata tuttavia ritenuta rilevante ai fini della determinazione dei GAO e quindi non ha determinato alcuna scomposizione ulteriore.

Con riguardo ad altri fattori di differenziazione della domanda, sono distinguibili alcune collaborazioni stabili tra la divisione di urologia ed altri C.d.R. Precisamente:

- l'effettuazione di visite specialistiche e di interventi chirurgici a favore dei pazienti della divisione di pediatria;

— l'effettuazione di esami contrastografici e di piccoli interventi chirurgici radiassistiti con i medici del servizio di radiodiagnostica;

— l'attività specialistica ambulatoriale svolta dai medici del C.d.R. in ambito distrettuale;

— l'attività di formazione svolta a favore della scuola infermieri professionali della U.s.s.l.

L'analisi effettuata secondo tale metodologia ha portato ad individuare 36 differenti gruppi di risultato. L'articolazione in GAO della divisione urologia è stata rappresentata attraverso uno schema (figura 6) che mette in evidenza i criteri più significativi ai fini della determinazione dei GAO e, quindi, le qualità rilevanti che identificano i diversi gruppi di risultato.

Figura 6 - Rappresentazione dei GAO della divisione di urologia

FUNZIONE DI EMERGENZA	FUNZIONE DI DIAGNOSI E CURA											ALTRE FUNZIONI																								
	P.S.	RICOVERO	RICOVERO ORDINARIO	RICOVERO IN DH	AMBULATORIO DIVISIONALE	POLIAMBULATORIO OSPEDALE	ATTIVITA' A FAVORE DI PAZIENTI DI ALTRI C.d.R.	LP	FORMAZIONE																											
ACCETTAZIONE PRONTO SOCCORSO		PROGRAMMAZIONE C.d.R.					P.S.	C.U.P.	RICHIESTA DI ALTRI C.d.R.		C.U.P.																									
osservazione		diagn. castrum.le c/o amb.ni div.is.ii																																		
		trattamenti terapeutici																																		
		interv.to c/o blocco operatorio	interv.to c/o amb.ni div.is.ii	interv.to c/o blocco operatorio	interv.to c/o amb.ni div.is.ii	interv.to c/o blocco operatorio																														
visite urgenti c/o Pronto Soccorso	endoscopico	chirurgico	endoscopico	chirurgico	endoscopico	chirurgico	visita andrologica c/o ambulatori divisionali	prestazioni terapeutiche c/o ambulatori divisionali	esami di urodinamica c/o ambulatori divisionali	ecografia urologica c/o ambulatori divisionali	endoscopia diagnostica c/o ambulatori divisionali	diagn. castrum.le c/o ambulatori divisionali	interventi endoscopici c/o ambulatori divisionali	interventi chirurgici c/o sale di Radiodiagn.ca	visita urologica c/o ambulatori divisionali	visita oncologica c/o Poliambulatorio	visita urologica c/o Poliambulatorio	controlli oncologici c/o ambulatori divisionali	visita e parere c/o altri C.d.R.	interventi chirurgici ed assistenza post intervento c/o Divisione di Pediatria	interventi endoscopici ed assistenza post intervento c/o Divisione di Pediatria	visita urologica c/o ambulatorio Pediatrico di Pediatria	esami contrastografici c/o sale diagn. che radiol. che	cessione ore per attività special ca ambulatoriale c/o Distretti	visite specialistiche c/o poliambulatorio in regime Libero Professionale	cessione ore per attività di formazione c/o Scuola Infermieri Professionali	attività di formazione per specializzandi Università di Pavia									
R.I.	RISULTATI FINALI											RIS. TI INTERMEDI		C.F.	R.I.	C.F.	R.F.																			
cod. GAO:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Legenda:  
 RI: risultati intermedi  
 RF: risultati finali  
 CF: condizioni di funzionamento

**2.4. Confronto ed integrazione tra due diversi sistemi di classificazione delle attività: i DRGs ed i GAO**

Una volta identificato l'elenco dei

GAO della divisione di urologia (tavola 14), il gruppo di lavoro chiese al personale medico di confrontare la classificazione dei risultati in GAO con quella adottata nel decreto nazio-

nale sulle tariffe, ciò al fine di verificare le possibilità di raccordo tra i due sistemi.

La classificazione contenuta nel decreto è una traduzione della versione

**Tavola 14 - Elenco dei GAO della divisione di urologia**

RF/RI /CF	COD GAO	Descrizione GAO	Eventuali specifiche GAO
<i>Funzione di emergenza</i>			
RI	GAO 1	visita generale in caso di emergenza c/o PS tramite PS	
RF	GAO 2	ricovero in caso di emergenza per osservazione senza intervento chirurgico tramite PS	
RF	GAO 3	ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento chirurgico endoscopico c/o Blocco Operatorio in collaborazione con altri C.d.R. tramite PS	con anestesista con/senza radioassistenza
RF	GAO 4	ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento chirurgico c/o Blocco Operatorio con collaborazione di altri C.d.R. tramite PS	con anestesista con/senza radioassistenza con/senza altri specialisti
RF	GAO 5	ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento endoscopico e/o ambulatori divisionali tramite PS	
<i>Funzione diagnosi e cura</i>			
RF	GAO 6	ricovero ordinario a scopo diagnostico con fabbisogno di coordinamento con altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	con/senza diagnostica andrologica con/senza urodinamica con/senza ecourologica con/senza endodiagnostica
RF	GAO 7	ricovero ordinario a scopo diagnostico con fabbisogno di coordinamento con altri C.d.R. e con trattamento terapeutico senza intervento chirurgico su programmazione C.d.R.	con/senza diagnostica andrologica con/senza urodinamica con/senza ecourologica con/senza endodiagnostica
RF	GAO 8	ricovero ordinario a scopo terapeutico senza intervento chirurgico su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 9	ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento endoscopico e/o Blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	con anestesia con/senza radioassistenza
RF	GAO 10	ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento chirurgico c/o Blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	con anestesista con/senza radioassistenza con/senza altri specialisti
RF	GAO 11	ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento endoscopico c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 12	ricovero DH a scopo terapeutico con intervento endoscopico c/o Blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	con anestesia con/senza radioassistenza
RF	GAO 13	ricovero DH a scopo terapeutico con intervento chirurgico c/o Blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	con anestesia con/senza radioassistenza
RF	GAO 14	ricovero DH a scopo terapeutico senza intervento chirurgico su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 15	visita specialistica andrologica c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 16	prestazioni terapeutiche varie c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 17	urodinamica c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	

n. 10 del sistema DRGs statunitense e ricalca i raggruppamenti omogenei di diagnosi elaborati in tale Stato (tavola 15).

Analogamente alla classificazione in GAO, la classificazione DRGs fa riferimento ai risultati dell'attività. I criteri di classificazione e l'ambito di applicazione sono, tuttavia, differenti.

Nel caso dei DRGs, i criteri fanno riferimento al concetto di *isorisorsità* (6), sostanzialmente legato alla degenza media, e portano quindi all'identificazione di gruppi omogenei dal punto di vista clinico e del

consumo di fattori produttivi. Nel caso dei GAO, invece, i criteri fanno riferimento al *valore della produzione* che dipende, come già evidenziato, da diversi fattori e, solo limitatamente, dal valore dei fattori produttivi consumati. La classificazione DRGs fa riferimento esclusivamente all'attività di diagnosi e cura in regime di degenza. Il confronto ha così riguardato solo i GAO relativi ai ricoveri in caso di emergenza, ai ricoveri ordinari e ai ricoveri in *day-hospital*. Inoltre, dal momento che alcuni ricoveri urologici rientrano nell'ambito di responsabilità

di un'altra divisione (specificamente, la divisione di pediatria), sono stati considerati anche i GAO di risultato intermedio che la divisione di urologia effettua a favore di pazienti pediatrici ricoverati.

In tavola 15 e in tavola 16, viene mostrato il risultato del confronto tra DRGs e GAO. Da una prima analisi, si può rilevare che solo in poche eccezioni vi è una corrispondenza univoca tra i due sistemi di classificazione. Tuttavia, trattandosi in ambo i casi di classificazioni di risultato, è sempre possibile associare ad un paziente,

(segue) **Tavola 14 - Elenco dei GAO della divisione di urologia**

RF/RI /CF	COD GAO	Descrizione GAO	Eventuali specifiche GAO
RF	GAO 18	ecografia urologica c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 19	endoscopia diagnostica c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 20	diagnostica andrologica c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	
RF	GAO 21	interventi endoscopici c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	con/senza radioassistenza
RF	GAO 22	interventi chirurgici c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	con/senza radioassistenza
RF	GAO 24	visita specialistica urologica c/o ambulatori divisionali su richiesta P.S.	
RF	GAO 25	visita specialistica oncologica c/o poliambulatorio tramite CUP	
RF	GAO 26	visita specialistica urologica c/o poliambulatorio tramite CUP	
RF	GAO 27	controlli oncologici periodici c/o ambulatori divisionali tramite CUP	
RI	GAO 28	visite e parere c/o altri C.d.R. su richiesta altri C.d.R.	
RI	GAO 29	interventi chirurgici di urologia pediatrica c/o Blocco operatorio e assistenza post-intervento c/o divisione di pediatria su richiesta della divisione di pediatria	con anestesista con/senza radioassistenza con/senza altri specialisti
RI	GAO 30	interventi endoscopici di urologia pediatrica c/o Blocco operatorio e assistenza post-intervento c/o divisione di pediatria su richiesta della divisione di pediatria	con anestesista con/senza radioassistenza
RI	GAO 31	visite specialistiche di urologia c/o ambulatorio pediatrico su richiesta della divisione di pediatria	
RI	GAO 32	esecuzione esami contrastografici c/o sale diagnostiche radiologiche tramite servizio radiodiagnostica	
CF	GAO 33	cessione ore per attività specialistica ambulatoriale c/o distretti tramite distretti	Distretto S. Donato Distretto Paullo Distretto S. Giuliano
<i>Altre funzioni</i>			
RF	GAO 34	visita specialistica c/o Poliambulatorio tramite Cassa ambulatoriale in regime di libera professione	
CF	GAO 35	cessione ore per attività di formazione c/o Scuola infermieri professionali	
RF	GAO 36	formazione specializzandi università di Pavia	

che viene dimesso dopo un ricovero, sia un codice DRG sia un codice GAO.

(1) In una prima fase, la Regione individuò sette U.s.s.l., pilota e precisamente l'U.s.l. 13 di Mariano comense, l'U.s.l. 34 di Chiari, l'U.s.l. 48 di Ostiglia, l'U.s.l. 67 di Garbagnate e l'U.s.l. 68 di Rho. Successivamente le U.s.l. n. 13, 41, 48 e 68 furono sostituite dalla U.s.l. 16 di Lecco e dall'ospedale Sacco di Milano.

(2) Per un approfondimento della struttura e delle caratteristiche della scheda di budget in contesti di sanità pubblica si veda Anessi Pes-

sina, Bergamaschi, Zavattaro in **Mecosan** n. 11.

(3) Per una più completa esposizione della metodologia dei gruppi di attività omogenee (GAO) nell'esperienza della regione Emilia-Romagna, si veda E. Anessi, M. Bergamaschi, F. Zavattaro, *L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della regione Emilia-Romagna* in **Mecosan** n. 10.

(4) Tema di particolare rilievo in sanità dove molteplici fattori rendono difficilmente definibile il prodotto se non in termini di singolo «caso trattato». Per un approfondimento del tema si veda R.N. Anthony, *Management control in non-profit organization*.

(5) Il procedimento indicato è del tutto analogo a quello utilizzato, nel sistema di classificazione per DRGs, dal software di supporto (grouper) per attribuire un episodio di ricovero ad uno specifico DRG. Ovviamente sono diversi i criteri a cui rispondono i due metodi di classificazione.

(6) Con il sistema DRGs i ricoveri vengono suddivisi in base ad una classificazione delle diagnosi in uscita dei pazienti in 494 gruppi. L'attribuzione dei ricoveri ai DRGs è basata sulla rilevazione di sei elementi distintivi: l'età, il paziente, il sesso, la diagnosi principale, quella secondaria, gli eventuali ricoveri eseguiti e lo stato di dimissione. Per una più completa esposizione relativa al sistema DRGs si veda.

**Tavola 15 - Elenco dei DRGs medici (M) e chirurgici (C) corrispondenti alle categorie diagnostiche principali 11 (malattie e disfunzioni del rene e delle vie urinarie) e 12 (malattie e disfunzioni dell'apparato riproduttivo maschile) adottato nel tariffario nazionale (trazione della versione n. 10 del sistema DRGs Statunitense)**

C/M	DRGs	Possibili GAO corrispondenti	Note
C	302 trapianto renale		A
C	303 interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia maligna	per rene: GAO 10 per uretere: GAO 9, 10, 11 per vescica: GAO 9, 10	
C	304 interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna, con cc	per rene: GAO 10 per uretere: GAO 9, 10, 11 per vescica: GAO 9, 10	
C	305 interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia	per rene: GAO 10 per uretere: GAO 9, 10, 11 per vescica: GAO 9, 10, 11	
C	306 prostatectomia, con cc	GAO 10	
C	307 prostatectomia, senza cc	GAO 10	
C	308 interventi minori sulla vescica, con cc	GAO 9, 10, 11	
C	309 interventi minori sulla vescica, senza cc	GAO 9, 10, 11	
C	310 interventi per via transuretrale con cc	GAO 3, 5, 9, 11	
C	311 interventi per via transuretrale senza cc	GAO 3, 5, 9, 11	
C	312 interventi sull'uretra, età maggiore di 17 anni con cc	GAO 9, 10, 11	
C	313 interventi sull'uretra, età maggiore di 17 anni senza cc	GAO 10	
C	314 interventi sull'uretra età minore di 18 anni	GAO 10	B
C	315 altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	GAO 5, 9, 10, 11	
M	316 insufficienza renale	GAO 5	
M	317 ricovero per dialisi renale		C
M	318 neoplasie del rene e delle vie urinarie con cc	GAO 2, 7	
M	319 neoplasie del rene e delle vie urinarie senza cc	GAO 2, 7	
M	320 infezioni del rene e delle vie urinarie età maggiore di 17 anni con cc	GAO 2, 7	
M	321 infezioni del rene e delle vie urinarie età maggiore di 17 anni senza cc	GAO 2, 7	
M	322 infezioni del rene e delle vie urinarie età minore di 18 anni	GAO 2, 7	B

(segue) **Tavola 15 - Elenco dei DRGs medici (M) e chirurgici (C) corrispondenti alle categorie diagnostiche principali 11 (malattie e disfunzioni del rene e delle vie urinarie) e 12 (malattie e disfunzioni dell'apparato riproduttivo maschile) adottato nel tariffario nazionale (traduzione della versione n. 10 del sistema DRGs Statunitense)**

C/M	DRGs	Possibili GAO corrispondenti	Note
M	323 calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	GAO 6	
M	324 calcolosi urinaria senza cc	GAO 6	
M	325 segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età maggiore di 17 anni con c	GAO 6	
M	326 segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età maggiore di 17 anni senza cc	GAO 6	
M	327 segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età minore di 18 anni	GAO 6	B
M	328 stenosi uretrale, età maggiore di 17 anni con cc	GAO 6	
M	329 stenosi uretrale, età maggiore di 17 anni senza cc	GAO 6	
M	330 stenosi uretrale, età minore di 18 anni	GAO 6	B
M	331 altre diagnosi relative a rene e alle vie urinarie, età maggiore di 17 anni con cc	GAO 6	
M	332 altre diagnosi relative a rene e alle vie urinarie, età maggiore di 17 anni senza cc	GAO 6	
M	333 altre diagnosi relative a rene e alle vie urinarie, età minore di 18 anni	GAO 6	B
C	334 interventi maggiori sulla pelvi maschile con cc	GAO 4, 5, 9	
C	335 interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc	GAO 4, 5, 9	
C	336 prostatectomia transuretrale con cc	GAO 9	
C	337 prostatectomia transuretrale senza cc	GAO 9	
C	338 interventi sul testicolo per neoplasie maligne	GAO 10	
C	339 interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età maggiore di 17 anni	GAO 10	
C	340 interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età minore di 18 anni	GAO 10	B
C	341 interventi sul pene	GAO 4, 10	
C	342 circoncisione età maggiore di 17 anni	GAO 10	
C	343 circoncisione età minore di 18 anni	GAO 10	B
C	344 altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	GAO 10	
C	345 altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	GAO 10	
M	346 neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con cc	GAO 6, 10	
M	347 neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza cc	GAO 6, 10	
M	348 ipertrofia prostatica benigna con cc	GAO 6	
M	349 ipertrofia prostatica benigna senza cc	GAO 6	
M	350 infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	GAO 2, 8	
M	351 sterilizzazione maschile		D
M	352 altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	GAO 2, 6	
M	423 altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	GAO 2, 6	

*Note:*

A. La divisione di urologia considerata non esegue trapianti renali.

B. Tali ricoveri possono rientrare nell'ambito di responsabilità della divisione di pediatria. Nella fattispecie la divisione di urologia esegue prestazioni intermedie (interventi chirurgici) a favore dei pazienti pediatrici.

C. Tale DRG rientra nell'ambito di responsabilità del servizio di nefrologia e dialisi.

D. La normativa italiana non è chiara circa la legittimità o meno di questo tipo di intervento che, pertanto, non viene eseguito.

**Tavola 16 - Possibili DRGs corrispondenti ai GAO individuati**

GAO	Possibili DRGs corrispondenti	Note
GAO 2 ricovero in caso di emergenza per osservazione senza intervento chirurgico tramite PS	DRGs 318, 319, 320, 321, 322, 352, 423	
GAO 3 ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento chirurgico endoscopico c/o blocco operatorio in collaborazione con altri C.d.R. tramite PS	DRGs 310, 311	
GAO 4 ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento chirurgico c/o blocco operatorio in collaborazione con altri C.d.R. tramite PS	DRGs 334, 335, 341	
GAO 5 ricovero in caso di emergenza per osservazione con intervento endoscopici c/o ambulatori divisionali tramite PS	DRGs 310, 311, 315, 316, 334, 335	
GAO 6 ricovero ordinario a scopo diagnostico con fabbisogno di coordinamento con altri C.d.R. su programmazione del C.d.R.	DRGs 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 346, 347, 348, 349, 352, 423	
GAO 7 ricovero ordinario a scopo diagnostico con fabbisogno di coordinamento con altri C.d.R. e trattamento terapeutico senza intervento chirurgico su programmazione C.d.R.	DRGs 318, 319, 320, 321, 322	
GAO 8 ricovero ordinario a scopo terapeutico senza intervento chirurgico su programmazione C.d.R.	DRGs 350	
GAO 9 ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento endoscopico c/o blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	DRGs 303, 304, 305, 308, 309, 310, 311, 315, 334, 335, 336	
GAO 10 ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento chirurgico c/o blocco operatorio con collaborazione di altri C.d.R. su programmazione C.d.R.	DRGs 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 313, 314, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 346, 347	
GAO 11 ricovero ordinario a scopo terapeutico con intervento endoscopico c/o ambulatori divisionali su programmazione C.d.R.	DRGs 303, 304, 305, 308, 309, 310, 311, 315	

# PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA DI UN SISTEMA INTEGRATO DI GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA: IL CASO BOLOGNA SOCCORSO

di Paolo Rotondi e Carlo Lazzaro

SDA - CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Finalità del piano nazionale di coordinamento dell'emergenza sanitaria - 3. Problemi attesi dalla realizzazione del piano nazionale di coordinamento dell'emergenza sanitaria «Bologna soccorso» - 4. La struttura operativa di «Bologna soccorso» - 5. Continuità operativa del servizio - 6. *Iter* base di un intervento - 7. Aspetti peculiari delle diverse fasi della procedura di coordinamento dell'emergenza sanitaria - 8. Registrazione comunicazioni radiotelefoniche come documentazione e come ausilio al lavoro di *routine* - Registrazione dei servizi effettuati - 9. Considerazioni finali sull'esperienza di «Bologna soccorso».

## 1. Introduzione

È opinione diffusa che la capacità di gestire in maniera efficace ed efficiente le problematiche inerenti al coordinamento dell'emergenza sanitaria costituisca un parametro sufficientemente attendibile delle potenzialità di sviluppo dei sistemi sanitari per il prossimo decennio. Per quanto concerne il nostro Paese, le realizzazioni e le sistematizzazioni teoriche al proposito risultano assai frammentarie, mentre molto elevato si dimostra l'interesse al tema, sia da parte degli operatori medici e paramedici che da parte degli studiosi di organizzazione sanitaria.

Pare opportuno, prima di procedere alla disamina di un efficace sistema integrato di trasporto ed ospedalizzazione del paziente critico, quale quello realizzato da «Bologna soccorso», soffermarsi ad esaminare gli indirizzi normativi proposti al riguardo.

Il 27 marzo 1992, la Presidenza della Repubblica ha ratificato il piano nazionale di coordinamento dell'emergenza sanitaria, delegandone alle Regioni la realizzazione, alla luce della constatazione che la sua attivazione potrebbe portare ad un aumento della

salute collettiva in termini reali ed immediati, con un rapporto costi/benefici altamente positivo.

La genesi di tale provvedimento riposa, oltre che su considerazioni di carattere tecnico, su due riflessioni centrali, rispettivamente di ordine economico ed organizzativo:

a) quanto più ridotto il *therapy-free interval*, tanto minori i costi di degenza, terapia e riabilitazione sopportati dalla collettività;

b) il fulcro dell'intera problematica consiste nel coordinamento tra due fasi fondamentali: il trasporto del paziente critico tramite idoneo mezzo di soccorso e la stabilizzazione del medesimo in strutture tecnicamente e logisticamente adeguate.

A tali riguardi, il D.P.R. 27 marzo 1992 si dimostra notevolmente innovativo, riquilificandosi come elemento propositivo di una forte discontinuità nei confronti delle realizzazioni precedentemente attivate in tema di trattamento dell'emergenza sanitaria, caratterizzate da una disomogeneità ascrivibile, da un lato, alla carenza di una cultura scientifica orientata alla gestione del fenomeno e, dall'altro, alla negligenza dei poteri istituzionali,

soprattutto per quanto concerne le problematiche relative alla fase extra-ospedaliera del soccorso.

È altresì innegabile che i principi in esso accolti comportino una differente sistematizzazione dei modelli attraverso i quali l'attività di pronto intervento sanitario viene effettuata, e ciò sia sotto l'aspetto macro-organizzativo (enfaticizzando il mutamento degli assetti strutturali), che sotto l'aspetto micro-organizzativo (delineando nuovi profili professionali, come nel caso degli operatori paramedici, che il decreto indica quali responsabili della gestione della centrale operativa di coordinamento).

Come dimostra il caso di «Bologna soccorso», di seguito descritto ed analizzato, si tratta di percorsi evolutivi realizzabili, a patto di investire in maniera equilibrata sui momenti *intra* ed *extra-ospedaliero* e di assicurare, in entrambi gli ambiti, lo sviluppo delle rispettive competenze, premessa indispensabile per ottenere un livello di integrazione coerente con gli obiettivi di intervento ipotizzati.

È inoltre da sottolineare che il quadro presentato dal decreto comporta il passaggio da un «sistema debolmente

connesso» (Weick, 1976) di unità operative (ospedali e servizi di trasporto infermi privi di riferimenti operativi unitari e sostanzialmente difformi, sia per quanto attiene ai requisiti professionali degli operatori, sia per quanto riguarda i supporti tecnologici disponibili), ad un modello che, almeno in linea teorica, appare finalizzato a garantire prestazioni caratterizzate da un maggior livello di uniformità rispetto al passato, tanto in termini di risorse attivabili (Dipartimenti di urgenza ed emergenza, mezzi di soccorso medicalizzati, figure professionali espressamente addestrate), quanto di risultati conseguibili (perfezionamento dei meccanismi di *triage intra ed extra-ospedaliero*, diminuzione dei tempi di attivazione del soccorso, rapida istituzionalizzazione del paziente critico).

In termini sostanziali, si prevede l'attivazione di un sistema per la gestione delle emergenze composto da due parti, fra loro integrate: la prima costituita dalla gestione della richiesta di soccorso e relativo intervento medico sul territorio, la seconda dal trasporto e dalla ricezione del paziente in una delle strutture ospedaliere facenti parte della rete di emergenza. Lo svolgimento di tali attività si intende garantito 24 ore su 24.

Il primo aspetto è legato al servizio 118, unico numero telefonico nazionale da comporre per le richieste di intervento. La rete regionale di gestione del soccorso è composta da centrali operative, generalmente a carattere provinciale, il cui compito principale consiste nel coordinare attività e risorse impegnate nell'emergenza, connettendosi mediante radio-frequenze con i mezzi di soccorso e tramite linee telefoniche dedicate con le strutture sanitarie. In particolare, per le aree metropolitane, potranno essere previste più centrali, comunque connesse tra loro.

Si prevede altresì la futura connessione delle centrali operative provin-

ciali ad una centrale operativa di coordinamento regionale; quest'ultima potrà poi collegarsi alle centrali operative di altre Regioni, individuando, in tal guisa, una rete informativa nazionale, che permetterà di accedere a dati complessivi idonei all'elaborazione di sintesi statistico/epidemiologiche di sicura attendibilità.

Le chiamate sono raccolte da personale opportunamente addestrato il quale, mediante consultazioni con gli specialisti presenti o contattabili tramite strumenti audio, valuta la tipologia della richiesta ed attiva l'intervento necessario.

Il secondo aspetto prevede la cooperazione dei servizi di pronto soccorso e dei dipartimenti di urgenza ed emergenza (1). Il compito della centrale operativa è infatti quello di predisporre, in caso di necessità, il trasporto del paziente verso una delle strutture che appartengono alla rete di emergenza, avendone preventivamente verificata la adeguatezza alla patologia riscontrata e la ricettività sotto il profilo logistico.

Per comprendere appieno la improcrastinabilità del provvedimento, si ritengono bastevoli le seguenti considerazioni:

1) l'infarto del miocardio è responsabile di 1/12 della mortalità generale. Infatti, il numero annuale di decessi causati da detta patologia, è superiore a quello causato dalle neoplasie maligne più comuni e di circa 3-4 volte maggiore di quello attribuibile ad incidenti stradali (2).

Ora, se da un lato l'istituzione delle unità di terapia intensiva coronarica ha ridotto la mortalità intraospedaliera del 20-25%, non è stato invece possibile diminuire i tassi di mortalità preospedaliera, di quei pazienti, cioè, che muoiono prima di giungere in ospedale per mancanza di un'assistenza adeguata: si tratta delle c.d. «morti precoci», che intervengono nell'arco

delle prime 24 ore dal manifestarsi dell'episodio acuto e che le statistiche valutano attorno al 30-40%.

Causa principale del ritardato intervento è la mancanza di un sistema di soccorso e trasporto tempestivo, efficiente ed integrato;

2) nel settore infortunistico (stradale, domestico, lavorativo), vi sono in Italia circa 25.000 morti l'anno e circa 500.000 feriti gravi, oltre ad un numero imprecisato di feriti lievi.

Si tratta di cifre impressionanti, soprattutto quando si pensa che, nella quasi totalità dei casi, vengono colpiti soggetti in età lavorativa; il danno economico globale per infortunistica di vario genere viene valutato intorno ai 10.000 miliardi l'anno.

È dimostrato che la riduzione a 15-20 minuti del *therapy-free interval*, inteso non solo nel senso di diminuzione in termini assoluti del tempo che intercorre tra trauma e prima assistenza, ma soprattutto nel senso di un primo soccorso idoneo e qualificato, potrebbe ridurre del 25% la mortalità e del 30-40% gli esiti invalidanti ed i tempi di degenza;

3) le medesime conclusioni valgono per le patologie mediche (cardiopatie acute, incidenti cerebrovascolari) e chirurgiche.

Anche per queste, infatti, una riduzione del *therapy-free interval* e la creazione di unità ospedaliere specialistiche, possono portare alla diminuzione della mortalità intorno al 20% e ad una corrispondente riduzione delle sequele invalidanti e dei tempi di permanenza all'interno delle strutture sanitarie.

Nonostante tali rilievi, non è fuori luogo affermare che in Italia esiste in misura solo limitata un complesso di cognizioni, tradizioni, procedimenti tecnici e modalità comportamentali diffusi che caratterizzino una moderna interpretazione della urgenza sanitaria. Manca infatti la consapevolezza

del fatto che la capacità di operare un soccorso tempestivo ed adeguato per pazienti in pericolo di vita, è frutto di un'opera multidisciplinare, volta a sviluppare una cultura professionale riguardante gli aspetti organizzativi, di programmazione delle risorse e di controllo dei risultati dell'attività di gestione dell'emergenza (3).

A supportare l'evidenza di questa grave carenza sanitaria, si possono inoltre citare i dati emersi da un'indagine conoscitiva condotta dal gruppo di studio per l'emergenza della società italiana di anestesia analgesica rianimazione e terapia intensiva (SIARARTI), volta a verificare la concreta situazione organizzativa dei servizi per l'urgenza e l'emergenza medica (4).

La ricerca dei dati ha coperto un arco di tempo pari all'incirca ad un anno (dal febbraio 1990 al marzo 1991) ed è stata realizzata a mezzo questionario, inviato a 900 responsabili di altrettanti servizi di anestesia e rianimazione (universitari ed ospedalieri).

In tale studio venivano posti differenti quesiti, di seguito riassunti:

1) esiste nella vostra realtà geografica una struttura organizzata specificatamente per il trattamento dell'urgenza e dell'emergenza medica in aggiunta ai servizi ospedalieri di pronto soccorso?

2) tale struttura è: pubblica o privata?

3) in quale sede è localizzata: ospedale o territorio?

4) quali specialità sono presenti: anestesia-rianimazione, medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza od altre ancora?

5) chi coordina l'attività di questa struttura?

6) chi coordina l'attività dell'eventuale DEU?

7) con quali mezzi si opera: terrestri, aerei od altri ancora?

8) i mezzi di trasporto impiegati sono pubblici e/o privati?

I 259 questionari ritornati compilati hanno consentito di rilevare i seguenti dati, sinteticamente riportati secondo l'ordine con il quale sono state elencate le domande:

1) in 24 zone è riferita l'esistenza di un DEU; in 73 aree esiste una struttura specializzata nel trattamento dell'emergenza, che tuttavia non è classificabile come DUE; in 170 altri contesti non esiste alcuna struttura dedicata;

2) il sistema di soccorso integrato per l'urgenza e l'emergenza è pubblico in 63 casi, privato in 2 ed a gestione mista in altre 13 realtà;

3) nella maggioranza dei casi, il centro sanitario è collocato in sede ospedaliera, oppure dislocato, ma in maniera collegata, in locali ospedalieri ed extraospedalieri; soltanto in 18 casi è situato integralmente in realtà extraospedaliera;

4) le caratteristiche professionali degli operatori sono multiformi e complesse: in alcuni casi solo medici anestesisti, in altri anche medici non anestesisti, in altri ancora paramedici (infermieri professionali e volontari del soccorso);

5) l'attività è coordinata da: medici dei servizi di anestesia e rianimazione in 28 strutture, medici di altri servizi ospedalieri in 40 centri, personale non ospedaliero (e quasi mai medico) in 13 ulteriori casi;

6) il DEU, dove esiste, è sempre coordinato da medici ospedalieri, ma appartenenti a diversi servizi specialistici, quali: anestesia e rianimazione, pronto soccorso, traumatologia e cardiologia;

7) i mezzi impiegati per il soccorso ed il trasporto risultano essere: soltanto terrestri in 77 casi, esclusivamente di tipo aereo (ad ala rotante) in 4 contesti, misti (terrestri ed aerei) in 47 realtà territoriali.

Si è inoltre rilevato che, sebbene il servizio di elisoccorso sia operativo in 12 Regioni, soltanto in 10 di esse sono state approntate basi e mezzi esclusivamente adibiti a compiti sanitari;

8) tali mezzi di trasporto sono pubblici (U.s.l. e C.R.I.) nella maggior parte dei casi; rilevante è tuttavia la presenza del privato.

Il numero di risposte ricevute e la loro provenienza da realtà territoriali e sanitarie alquanto differenti, permette di delineare la situazione esistente in Italia sul tema emergenza ed urgenza sanitaria e di esprimere alcune considerazioni al riguardo:

a) nella maggioranza delle aree censite, non esistono strutture atte a soddisfare le esigenze correlate agli eventi emergenza ed urgenza in ospedale e sul territorio;

b) quando esistono, sono prevalentemente a gestione pubblica e collocate in sede ospedaliera;

c) elemento di assoluto rilievo, sotto il profilo organizzativo, è la mancanza di una strategia direzionale comune, dovuta anche al fatto che il coordinamento è affidato a figure professionali differenti;

d) i vettori prevalentemente impiegati sono quelli terrestri, anche se le eliambulanzze stanno stabilmente diffondendosi sul territorio nazionale.

Alla luce di quanto sinteticamente esposto, appare chiaro il livello di disomogeneità ed il numero di eccezioni che caratterizzano il settore dell'emergenza sanitaria, ai quali si cerca di ovviare con la istituzione del servizio di coordinamento su base nazionale.

Altrettanto immediata è la comprensione della crucialità di una adeguata gestione della informazione, quale risorsa organizzativa chiave per garantire la tempestività di un intervento il cui ritardo comporta, talvolta, conseguenze estremamente gravi in ordine alla sopravvivenza del paziente.

## 2. Finalità del piano nazionale di coordinamento dell'emergenza sanitaria

La genesi delle centrali operative per il coordinamento dell'attività di soccorso sanitario è di dominio pubblico: una serie di interventi dall'esito infelice a causa di problemi di carattere essenzialmente organizzativo.

Non è infatti sufficiente che le singole organizzazioni di soccorso, quali, ad esempio, le associazioni di volontariato che gestiscono un servizio di autoambulanza o che le singole specialità presenti all'interno dell'eventuale dipartimento di emergenza e di urgenza dell'ospedale di zona, abbiano raggiunto autonomamente un elevatissimo grado di efficienza.

Occorre invece un elevato coordinamento di tutte le strutture che potranno essere potenzialmente coinvolte nell'attività di «soccorso», termine che, lo si ribadisce, designa situazioni estremamente differenti sotto il profilo dell'organizzazione di risorse umane e materiali.

Infatti, le strutture operative non sono mobilitate solo per casi che asurgono alla ribalta della cronaca, quale l'espianto di organi che debbono raggiungere, nel più breve tempo possibile, un ricevente per un intervento totalmente innovativo. Più semplicemente, la realtà quotidiana deve gestire anche il bambino che abbia ingoiato, in casa, una sostanza pericolosa, l'anziano scivolato nel proprio appartamento, per soccorrere il quale è necessario l'intervento dei Vigili del fuoco affinché abbattano la porta di ingresso, un medico di famiglia che chiama per l'aggravarsi dello stato di salute del proprio paziente e molti altri casi che oggi il cittadino deve risolvere autonomamente, trovandosi sovente in condizioni psicologiche non ottimali per condurre quella che, frequentemente, si dimostra essere una ricerca laboriosa.

Il servizio di coordinamento delle emergenze deve dunque garantire:

- 1) il minor tempo possibile di intervento sul posto;
- 2) la corretta identificazione delle risorse adeguate alla tipologia di intervento richiesto, in base alle informazioni fornite dall'utente;
- 3) il sicuro indirizzamento dei mezzi di soccorso verso strutture di accoglienza adatte alla patologia riscontrata, sia sotto l'aspetto scientifico-sanitario sia per quanto attiene alla ricettività.

A queste funzionalità imprescindibili si aggiungono istanze di tipo organizzativo, che si riflettono direttamente sui costi di esercizio della struttura, ovvero l'eliminazione del fenomeno del «soccorso multiplo», (per il quale, a fronte della medesima emergenza, si recano sul posto più mezzi di provenienza diversa ed allertati da chiamate di utenti differenti), causato dalla elevata frammentazione dei servizi territoriali di emergenza sommata ad una congenita assenza di coordinamento a livello dell'intero sistema.

Con un maggior grado di dettaglio, le esigenze poste dalle problematiche sopra illustrate sono quelle di riuscire, attraverso la centrale operativa a:

- a) ricevere e gestire le chiamate, mediante una centrale telefonica collegata alla rete pubblica;
- b) comunicare ed intercomunicare, via radio o telefonicamente, con i mezzi di soccorso ed i presidi ospedalieri, tramite una rete radiotelefonica atta a garantire la copertura capillare ed affidabile su tutto il territorio di competenza;
- c) indirizzare le ambulanze anche dal punto di vista del percorso consigliabile, con l'ausilio di uno stradario informatico per la localizzazione dell'emergenza e per l'instradamento dei mezzi di soccorso (individuazione dei percorsi a minor tempo di percorrenza

rispetto a più parametri o indici di scorrimento) (5);

d) verificare la ricettività dei vettori e delle strutture sanitarie, per gli interventi diagnostici e terapeutici di emergenza;

e) archiviare ed aggregare le informazioni relative agli interventi eseguiti.

## 3. Problemi attesi della realizzazione del piano nazionale di coordinamento dell'emergenza sanitaria

Alla luce di quanto esposto nei paragrafi precedenti, appare evidente come il profondo intento innovativo contenuto nel D.P.R. 27 marzo 1992 rechi con sé problemi non banali, relativi alla realizzazione del progetto nei diversi contesti territoriali. In particolare, i quesiti che richiedono un'attenta soluzione attengono ai seguenti punti:

a) adozione di un assetto organizzativo idoneo all'integrazione della fase di trasporto con la successiva ospedalizzazione del paziente critico;

b) realizzazione, all'interno del modello organizzativo prescelto, di un ponderato equilibrio tra differenziazione (sviluppo delle competenze sanitarie specialistiche) ed integrazione (tramite ruoli *ad hoc*, quali, ad esempio, il coordinatore di dipartimento);

c) gestione delle opzioni strategiche inerenti alle aree verso le quali indirizzare gli investimenti. Tipicamente, occorre risolvere il *trade-off* tra capitalizzazione sulla risorsa umana (creazione di sentieri di carriera espressamente dedicati al trattamento dell'emergenza sanitaria per personale medico e paramedico) ed ampliamento della dotazione tecnologica (informatizzazione della centrale operativa, sistemi di comunicazione integrati tra quest'ultima, i mezzi di soccorso e gli ospedali, apparecchiature deputate al sostegno delle funzioni vi-

tali a bordo di autolettighe ed eliambulanze);

d) grado di apertura verso il volontariato. Data la tendenza alla professionalizzazione dell'attività di pronto intervento sanitario, si presenta la necessità di definire le competenze di tale attore sociale e di disciplinarne le modalità di coordinamento con gli organismi istituzionali.

*Cenni storici e strategici sul servizio di coordinamento dell'emergenza sanitaria «Bologna soccorso»*

Al fine di esaminare le possibili soluzioni di tali problematiche, si considera opportuno fare riferimento al caso di «Bologna soccorso», del quale si descriveranno il modello organizzativo, le modalità operative ed i fattori critici di successo.

«Bologna Soccorso» è la centrale pubblica per il coordinamento dei trasporti sanitari di Bologna e provincia e della componente sanitaria della Protezione civile a livello provinciale e regionale.

La struttura operativa ha sede presso l'Ospedale Maggiore che, per antica tradizione, ha sempre svolto un ruolo primario nel soccorso extraospedaliero: infatti già dal 1725 esisteva personale espressamente addetto al trasporto degli infermi.

«Bologna Soccorso» nasce ufficialmente con questa denominazione per iniziativa delle U.s.l. (6) e del Comune capoluogo emiliano il 1° giugno 1981, quale evoluzione della vecchia centrale di coordinamento ambulanze Ce.P.I.S. (Centro di Pronto Intervento Sanitario), costituita nel 1974 presso l'Ospedale Maggiore per coordinare l'attività di trasporto pazienti critici presso i reparti di rianimazione dei nosocomi cittadini ed il trasferimento interospedaliero per Bologna e provincia.

Fin dai primi anni 1980, la riorganizzazione e lo sviluppo dei sistemi

radio hanno consentito di coordinare l'intera attività di soccorso e di trasporto, integrando e coordinando tutte le risorse, pubbliche e private, sino a quel momento frammentate in diverse associazioni autonome e non comunicanti fra loro.

«Bologna Soccorso», che dal 1991 risponde al numero telefonico 118 (7), si configura come un vero e proprio sistema di soccorso e non come una semplice struttura di trasporto pazienti, in quanto si dimostra in grado di fornire risposte modulari e mirate alle esigenze dell'utenza, comprendendo tutto l'arco delle necessità sanitarie, dal semplice consiglio telefonico sino al trasporto da grande rianimazione, sia per via terrestre che per via aerea.

Tutto ciò è reso possibile grazie all'attuazione di idonei sistemi di comunicazione, risorsa cruciale per ogni organizzazione che operi nel campo dell'emergenza sanitaria.

#### 4. La struttura operativa di «Bologna soccorso»

«Bologna soccorso» dipende dal dipartimento di urgenza ed emergenza dell'Ospedale Maggiore del capoluogo emiliano (8).

Dal punto di vista operativo, è possibile suddividere la struttura in 9 settori di attività distinti:

1) *centralino* (9): è il settore dove afferiscono tutte le chiamate telefoniche indirizzate a «Bologna soccorso». Un sistema di interfacciamento tra telefono e monitor, visualizza il numero telefonico digitato; ciò consente all'operatore di gestire più chiamate contemporaneamente e di porre in attesa quelle che non richiedono una risposta immediata (richieste di informazioni, ricerca di personale medico o paramedico presente in centrale, richieste di trasporti sanitari programmabili) privilegiando, in tal guisa, le richieste di emergenza;

2) *ricezione e registrazione delle richieste di emergenza*: le chiamate telefoniche per interventi sanitari d'urgenza, vengono immediatamente smistate ad un settore riservato della centrale operativa, per garantire una celere attivazione della procedura (raccolta dati e scelta del protocollo di soccorso più idoneo). Nel «box emergenze» è inoltre collocato il registratore centrale delle comunicazioni radiotelefoniche;

3) *coordinamento radio dei mezzi di soccorso sulle varie frequenze*: è l'unità organizzativa che gestisce l'intervento deciso dall'operatore del «box emergenze», contattando via radio i mezzi di soccorso adeguati tra quelli disponibili;

4) *ricezione e registrazione delle richieste di trasporto sanitario programmato*: tale attività è svolta in sale multioperatore totalmente separate dal settore emergenze;

5) *sistema informativo ed elaborazione dati*: è deputato alla raccolta ed alla aggregazione statistica dei dati relativi agli interventi effettuati, al personale di servizio, ai mezzi di soccorso ed al livello scorte presente nei magazzini. Costituisce un'implementazione del centro elaborazione dati dell'Ospedale Maggiore;

6) *magazzino farmaci*: in esso sono conservati i quantitativi di medicinali da utilizzarsi per ripristinare la dotazione sanitaria dei mezzi di soccorso;

7) *magazzino logistica sanitaria*: in esso sono depositate le attrezzature di riserva che assicurano il rapido ripristino della operatività dei mezzi di soccorso;

8) *autoreparto*: conta circa 20 automezzi, tra vetture di servizio, furgoni dell'economato ospedaliero ed autoambulanze. Tutti i veicoli sono collegati con la centrale operativa via radio e/o mediante telefono portatile;

9) *eliporto sanitario*: vi staziona l'elicottero ed in una palazzina attigua

sostano il personale di volo e l'*équipe* sanitaria di servizio. Decentrato dalla centrale operativa, è a questa collegato mediante un sistema audio-video (10).

### *Tipologia degli operatori*

«Bologna soccorso» presenta un organico di circa 70 elementi, differenziati per entità amministrativa di provenienza e per ruoli organizzativi occupati.

Il coordinamento medico del servizio è di competenza di un aiuto del Servizio di anestesia e rianimazione dell'Ospedale Maggiore, il quale svolge anche funzioni di coordinatore di guardia della centrale operativa, alternando queste ultime con l'attività di reparto e di pronto intervento sui mezzi di soccorso medicalizzati. Il ruolo di coordinatore di guardia, che si articola in turni giornalieri di 12 ore ciascuno, è altresì svolto, a rotazione, da cinque infermieri professionali, stabilmente responsabili di alcune funzioni specialistiche di supporto all'attività istituzionale di «Bologna soccorso», quali:

a) gestione delle risorse umane, per quanto concerne sostituzioni, ferie, reperibilità;

b) valutazione e revisione della qualità, con l'elaborazione di statistiche sul grado di corretta attivazione delle procedure di gestione dell'urgenza (sovrastima, sottostima, corretta valutazione del problema sanitario riferito dall'interlocutore telefonico);

c) operatività e manutenzione mezzi: stipula di convenzioni con stazioni di servizio per il rifornimento di carburante e per il cambio periodico dei liquidi lubrificanti, con officine meccaniche per interventi di manutenzione più impegnativi, con carrozzerie, gommisti ed elettrauti;

d) gestione parco mezzi: proposte di sostituzione di mezzi obsoleti o non più affidabili, elaborazione di statisti-

che comparative di modelli di diverse marche da adibirsi ad utilizzo particolare prima di proporre l'acquisto alla U.s.l.;

e) gestione relazioni esterne: rapporti contrattuali con enti fornitori di apparecchiature radiotelefoniche ed informatiche (S.I.P. e PHILIPS tra gli altri).

La ricezione e la gestione delle chiamate per urgenze e per servizi di trasporto programmato è assicurata dalla presenza in Centrale di 10 operatori per turno, suddivisi in infermieri professionali, dipendenti della Croce rossa italiana e del Consorzio cittadino delle pubbliche assistenze, oltre ad una esigua minoranza di volontari.

L'avvicendamento giornaliero segue, indicativamente, la rotazione ospedaliera (tre turni: 7-14; 14-22; 22-7) con un prolungamento costante del turno del mattino, causa la scarsità di personale infermieristico acuita dalle recenti manovre di contenimento della spesa sanitaria.

In particolare, sulle quattro ambulanze medicalizzate per il trattamento delle urgenze, gli equipaggi sono composti, per i due mezzi che compiono servizio in Bologna, da un autista, un anestesista-rianimatore (o un medico specializzando in anesthesiologia e rianimazione) del Servizio di anestesia e rianimazione dell'Ospedale Maggiore e da un infermiere professionale mentre, per i restanti due veicoli, deputati ad intervenire sulle emergenze sanitarie della Provincia, la figura dell'anestesista-rianimatore è sostituita da quella del medico di urgenza del servizio di guardia medica, che ormai dal 1987 ha assunto una collocazione stabile all'interno di «Bologna Soccorso».

Un'*équipe* di rianimazione è altresì assegnata stabilmente all'eliambulanza, congiuntamente al pilota ed al tecnico di volo.

Sia il personale della centrale operativa che gli addetti ai mezzi di soccorso sono dipendenti di varie istituzioni (Unità sanitarie locali di Bologna, Croce rossa italiana ed associazioni o cooperative private) ma, pur avendo rapporti amministrativi con le strutture di origine, agli effetti funzionali operano esclusivamente per «Bologna soccorso».

### **5. Continuità operativa del servizio**

Per quanto concerne la continuità operativa del servizio che, lo si ribadisce, copre un arco temporale giornaliero di 24 ore, sono da sottolineare alcuni aspetti:

1) a causa dell'organico sottodimensionato, gran parte del personale è reperibile mediante «teledrin», cerca-persone o recapito telefonico tradizionale e ciò allo scopo di assicurare la gestione di fenomeni eccezionali quanto non prevedibili, quali l'espianato ed il trasporto di organi o le macro-emergenze sanitarie;

2) al fine di garantire il massimo coordinamento per quanto concerne il trasporto via terra dei pazienti, «Bologna soccorso» stabilisce, direttamente o mediante convenzione:

- il numero;
- la tipologia;
- la dislocazione sul territorio urbano e/o extraurbano;
- l'arco temporale di servizio dei mezzi di soccorso simultaneamente presenti ed attivi sul territorio di competenza, al fine di ottimizzarne i tempi di intervento;

3) la manutenzione delle apparecchiature (telefoniche, radiofoniche ed informatiche) e degli automezzi deve avvenire senza pregiudicare in alcun modo le attività di lavoro della centrale operativa.

Sotto il profilo organizzativo, tale esigenza classifica come mutuamente interdipendenti (11) le unità funziona-

li ed il servizio di assistenza, ed impo-  
ne modalità di coordinamento scarsa-  
mente formalizzabili, basate sull'im-  
piego di *slack resources*, quali la pre-  
senza costante di ambulanze sostituti-  
ve e di apparati tecnici di riserva;

4) in aggiunta ai routinari control-  
li di funzionalità, periodicamente ef-  
fettuati dalle aziende fornitrici, le pro-  
cedure di manutenzione immediata  
delle attrezzature sanitarie a maggior  
contenuto tecnologico, quali defibril-  
latori, saturimetri ed autorespiratori  
meccanici trasportabili, svolti dal per-  
sonale tecnico del dipartimento di fisi-  
ca sanitaria dell'Ospedale Maggiore,  
prevedono la eventualità di interventi  
in orari e giorni non lavorativi, onde  
ripristinare, nel più breve tempo pos-  
sibile, eventuali apparati difettosi.

## 6. Iter base di un intervento

Ogni fase dell'intervento è caratte-  
rizzata da una precisa tempificazione,  
rilevata e registrata elettronicamente  
su apposite schede di servizio numera-  
te progressivamente, al fine di garanti-  
re l'esattezza dei dati raccolti. L'*iter* di  
base comprende diversi cicli informa-  
zione/decisione, attivati dalle seguenti  
informazioni:

- a) ora della chiamata;
- b) tipo di emergenza (se definibi-  
le);
- c) tipo di soccorso da eseguire (se  
definibile);
- d) località dove intervenire.

In base ai dati comunicati, l'opera-  
tore deve decidere:

e) tipologia del mezzo da utilizza-  
re, in base alla località, al tipo di emer-  
genza e di soccorso (auto medica, am-  
bulanza, elisoccorso);

f) personale necessario (medico,  
paramedico qualificato, soccorritore  
volontario);

g) invio di altri mezzi sia di tipo  
sanitario che di altri enti (Forze del-  
l'ordine, Vigili del fuoco, elisoccorso)

e quindi inviare il mezzo più idoneo  
scelto tra i disponibili secondo il crite-  
rio della maggior vicinanza al luogo  
dell'intervento.

Al fine di preservare la capacità del  
sistema di rispondere alle autentiche  
emergenze, l'addetto alla ricezione te-  
lefonica deve attentamente vagliare il  
contenuto delle chiamate in arrivo.

Gli operatori determinano le prio-  
rità di soccorso sulla base dell'adde-  
stramento ricevuto e dell'esperienza  
maturata; l'importanza di quest'ulti-  
mo aspetto è variamente sottolineata  
da alcuni studi, che hanno dimostrato  
come la condotta dell'operatore di  
centrale poco esperto sia condiziona-  
ta in misura maggiore dal tipo di  
evento riferito, piuttosto che dalla  
reale condizione del paziente de-  
scritta nell'intervista telefonica da  
colui che attiva la procedura di soc-  
corso (12).

Mentre non è chiaro se un ulteriore  
allenamento degli operatori di centra-  
le possa migliorare l'accuratezza dello  
screening, la procedura prevede che  
essi sovrastimino costantemente il  
grado di urgenza della chiamata in si-  
tuazioni di carenza informativa e que-  
sto per motivi che sono, al tempo stes-  
so, di ordine sanitario, legale ed orga-  
nizzativo.

Ipotizzando l'avvenuto invio di un  
mezzo di soccorso, devono essere rile-  
vati ed annotati dall'operatore:

- h) ora di conferma di invio (pro-  
veniente dal mezzo);
- i) mezzo inviato.

All'arrivo sul luogo di intervento, i  
soccorritori rilevano le condizioni del  
paziente e le comunicano tempestiva-  
mente alla centrale operativa, quale  
dato per la definizione della struttura  
di accoglienza più adatta alla patolo-  
gia riscontrata (13).

L'operatore individua quindi, in  
base alle informazioni riferitegli dal-  
l'equipaggio ed ai dati sulla contin-  
gente ricettività delle strutture sanita-

rie più prossime, dove indirizzare il  
paziente, comunicandolo via radio al  
mezzo sul posto.

Alla conferma di corretta ricezione  
e ripartenza del mezzo, vengono rile-  
vati ed annotati:

l) ora di conferma ripartenza  
(proveniente dal mezzo);

m) struttura sanitaria di indirizzo.

La procedura di intervento si con-  
clude nel momento in cui il personale  
del mezzo comunica l'arrivo presso la  
struttura di accoglienza prevista e la  
relativa accettazione del paziente.

In un secondo tempo si registrano  
tutti i dati accessori non necessari al  
momento dell'intervento.

## 7. Aspetti peculiari delle diverse fasi della procedura di coordinamen- to dell'emergenza sanitaria

Di seguito si esaminano le partico-  
larità delle singole fasi/figure coinvolve  
te in un intervento.

### Ricezione chiamata

Tutte le richieste per emergenza sa-  
nitaria del capoluogo emiliano transi-  
tano attraverso il servizio «Bologna  
soccorso» (14).

Infatti, anche se esistono varie pos-  
sibilità di formulare una chiamata di  
emergenza (componendo il 113, il nu-  
mero telefonico di un ospedale, di una  
associazione di volontari del soccor-  
so), il coordinamento del servizio è in  
ogni caso assicurato dalla centrale  
operativa di «Bologna soccorso». Ol-  
tre agli interventi sul territorio comu-  
nale, la centrale è in grado di coordi-  
nare anche i mezzi di soccorso degli  
ospedali della Provincia oppure, in  
caso di grandi emergenze, di integrare  
questi ultimi con mezzi provenienti da  
Bologna.

Tale assetto organizzativo consente  
di:

a) ridurre i tempi di erogazione  
del servizio: la media dei tempi com-

plessivi di intervento, dalla chiamata al ricovero, relativa a tutto il comprensorio bolognese è di 17 minuti;

b) escludere la possibilità che più ambulanze siano mobilitate per la medesima emergenza (fenomeno del c.d. «soccorso multiplo»);

c) garantire, se necessario, l'intervento rapido di mezzi di soccorso dalle differenti caratteristiche tecniche e sanitarie.

L'arrivo di una chiamata è uno dei momenti più critici della procedura di intervento, in quanto occorre ricavare il maggior numero di informazioni possibili da interlocutori generalmente non dotati di una preparazione specifica e, spesso, in stati d'animo non sereni.

L'utilizzo di profili di impiego predefiniti (15) supporta l'attività dell'operatore telefonico, sia come *check-list* di domande da effettuare all'interlocutore, sia con ausilio verso una soluzione preferenziale relativamente al tipo di soccorso da attivare.

I dati minimi raccolti al momento della ricezione della chiamata sono:

- comune/frazione;
- via/piazza e relativo numero civico;
- tipologia del referente, ossia di colui che effettua la chiamata;
- motivo della chiamata;
- ora di ricevimento della chiamata.

In tutti i casi in cui l'interlocutore fosse comunque in grado di fornire ulteriori informazioni, sono richiesti e registrati i seguenti dati aggiuntivi:

- il soggetto è cosciente/incosciente;
- il soggetto è in grado di respirare autonomamente o meno;
- il soggetto accusa dolori o meno ed in caso positivo dove;
- eventuale patologia presunta (trauma, cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, psichiatria, neoplastica, altro...) (16).

### *Definizione della tipologia di soccorso da attivare*

In base ai dati comunicati nella fase di ricezione della chiamata, l'operatore telefonico stabilisce il tipo di intervento che deve essere attivato ovvero:

a) nessuno (presente, anche se minimo, il fenomeno delle richieste di intervento urgente che, una volta controllate, si rivelano essere falsi allarmi);

b) attivazione della guardia medica territoriale, (17) presente presso la centrale operativa durante le ore notturne (turno dalle 20 alle 8) e nei giorni festivi;

c) invio del mezzo (o dei mezzi) di soccorso.

La scelta è facilitata dall'impiego di profili decisionali predefiniti o, nei casi ambigui, dall'intervento diretto del coordinatore di guardia, cui spetta il ruolo di risolutore delle eccezioni (18).

### *Invio dei mezzi di soccorso*

Nel caso se ne manifesti la necessità, occorre, da parte dell'operatore radio:

a) individuare quali mezzi con le specifiche richieste risultino già in servizio al momento della chiamata;

b) tra quelli disponibili scegliere il più vicino (o i più vicini), avvalendosi delle informazioni contenute in un archivio informatico, richiamabili dall'operatore mediante terminale;

c) stabilire il contatto via radio (19);

d) attendere e verificare la conferma di ricezione/partenza.

Di questo evento vengono registrate sulla scheda di servizio:

— «ora di diffusione», ossia l'istante nel quale il mezzo di soccorso allertato parte alla volta della destinazione comunicatagli dalla centrale operativa;

— tipo di mezzo inviato (auto medica, ambulanza, eliambulanza);

— provenienza del mezzo (U.s.l.-convenzionata, C.R.I. «Bologna soccorso», mezzo appartenente ad associazione di volontari o cooperativa);

— eventuali altri mezzi necessari (Vigili del fuoco, Forze dell'ordine, Vigili urbani, ulteriori mezzi di soccorso in appoggio).

Il collegamento radio consente la immediata localizzazione dei mezzi ed il loro rapido spostamento sul territorio, assicurando una continua ed efficace copertura di tutte le aree cittadine e suburbane.

### *Interventi singoli*

Nella maggioranza dei casi un solo mezzo è sufficiente ad assicurare l'esecuzione della intera procedura di soccorso.

Altre volte si manifesta la necessità di inviare ulteriori mezzi in base alla patologia accertata o l'utilizzo di vettori diversi per coprire rapidamente lunghe distanze o per peculiarità geografiche del territorio.

### *Interventi multipli coordinati*

Se ne danno di seguito alcune esempi:

1) impiego di eliambulanza (21): la disponibilità di un anestesista-rianimatore, di un infermiere professionale specializzato in rianimazione e la dotazione di attrezzature e presidi sanitari di bordo, qualifica l'elicottero come vettore di elezione allorché si imponga l'instaurazione di una terapia di sostegno immediato alle funzioni vitali del paziente, in contesti ove la celere ospedalizzazione non sia possibile od agevole.

Tuttavia, contrariamente alla fama che possiede, l'elicottero non può intervenire ovunque (22): raramente, infatti, può atterrare in centri abitati; inoltre, non tutte le strutture sanitarie dispongono di un'area adatta all'atter-

raggio; a tale regola costituisce eccezione «Bologna soccorso», che dispone di un eliporto sanitario costruito nelle vicinanze dell'Ospedale Maggiore.

Tale struttura, è stata la prima in Italia, per quanto riguarda il settore civile, ad essere costruita secondo le norme I.C.A.O. (23).

Inizialmente progettato per iniziativa del comune di Bologna, all'interno del piano regionale di protezione civile per l'evacuazione massiva di feriti in caso di calamità e per invio soccorsi, l'eliporto viene ora utilizzato, con frequenza sempre maggiore, per trasporti sanitari di pazienti a rischio.

Alla centrale operativa spetta dunque il compito di coordinare l'intervento dell'elicottero con quello di una o più ambulanze per portare a termine la procedura di soccorso;

2) coinvolgimento di altri enti di soccorso: talvolta si manifesta la necessità di ricorrere all'opera di altri enti che consentano l'accessibilità al soggetto da soccorrere; frequente è il caso dell'infortunato della strada imprigionato nelle lamiere della propria autovettura, l'estricazione del quale è possibile soltanto previo intervento dei Vigili del fuoco. In questo e in tutti gli altri casi in cui il paziente non sia direttamente raggiungibile, i soccorritori richiedono via radio l'intervento dell'ente idoneo. La centrale operativa di «Bologna soccorso» procede all'allertamento mediante linee telefoniche dedicate, riportando sulla scheda di servizio l'ente mobilitato e l'ora di effettuazione della chiamata;

3) intervento dell'ambulanza medicalizzata in appoggio: accade che, in caso di chiamate di soccorso provenienti dalla Provincia ed indicanti un'emergenza di una certa entità, il coordinatore di guardia decida di inviare sul posto il mezzo di soccorso più vicino, che, nel caso appartenga ad una associazione di volontari, può non

disporre di personale ed attrezzatura adeguati. In tali evenienze, mentre i volontari prestano i primi soccorsi, rimanendo in contatto radio o telefonico con la centrale operativa, il mezzo medicalizzato di «Bologna soccorso» converge sul luogo della chiamata, equipaggiato della dotazione necessaria per gestire ogni tipo di urgenza sanitaria.

#### *Indirizzamento mezzi alle strutture di accoglienza*

Premessa la sostanziale impossibilità di un aggiornamento in tempi reali sulla disponibilità di posti letto nei reparti ospedalieri, «Bologna soccorso» opera comunque il censimento delle strutture utilizzabili e delle relative caratteristiche sanitarie.

L'operatore deve essere infatti in grado di stabilire la località più adatta dove inviare il mezzo di soccorso; a tale scopo, da un lato ottiene, tramite frequenza radio dedicata, ragguagli in merito alla patologia riscontrata da parte dal personale di soccorso, mentre, dall'altro, si connette telefonicamente alle strutture adeguate a ricevere il paziente sia sotto il profilo sanitario che sotto quello logistico (24), soprattutto qualora le condizioni del paziente siano tali da richiedere l'ospedalizzazione immediata per la stabilizzazione delle funzioni vitali. Una volta comunicato al mezzo presso quale nosocomio recarsi, si attende conferma della partenza e se ne registrano ora e destinazione.

#### *Chiusura intervento*

Al momento dell'accettazione del paziente nella struttura di destinazione, il mezzo di soccorso comunica via radio alla centrale operativa la segnalazione di termine servizio. Registrato questo ultimo dato sulla apposita scheda, il vettore viene considerato

«libero», ossia utilizzabile per un nuovo intervento

### **8. Registrazione comunicazioni radiotelefoniche come documentazione e come ausilio al lavoro di routine**

Le comunicazioni ricevute sono registrate su due nastri separati, l'uno che equipaggia il registratore centrale della centrale operativa, l'altro inserito nel registratore della «consolle» dell'operatore telefonico.

L'impiego di registratori consente ai singoli operatori di riascoltare gli ultimi minuti di conversazione, in modo da poter comprendere il contenuto di messaggi poco chiari, ricontattare telefonicamente, se del caso, il richiedente ed eventualmente ragguagliare via radio i soccorritori con ulteriori informazioni.

#### *Registrazione dei servizi effettuati*

In ottemperanza alle disposizioni ministeriali, che prevedono la registrazione di ogni singolo intervento, le schede relative ai servizi effettuati vengono trasferite su supporto informatico.

I dati memorizzati vengono utilizzati per differenti scopi:

a) fornire statistiche sulle diverse tipologie di intervento eseguite (percentuale di urgenze sul totale dei servizi, disaggregazione delle urgenze in traumatiche e non traumatiche, frequenza patologie);

b) disporre dei dati consuntivi richiesti dal Ministero della sanità;

c) eseguire verifiche su richiesta, come nel caso di rilievi legali.

### **9. Considerazioni finali sull'esperienza di «Bologna soccorso»**

*«Bologna soccorso»: disamina di alcuni processi organizzativi*

L'esistenza di una realtà così particolare nel settore dell'emergenza sani-

taria, induce ad alcune ulteriori riflessioni, volte ad approfondire alcune delle relazioni che sussistono tra i diversi elementi del sistema:

1) adozione di un meccanismo di coordinamento interorganizzativo basato sulla «convenzione»: «Bologna soccorso» coordina l'attività di circa 90 mezzi di soccorso, pur possedendone meno di 20. Tale constatazione, apparentemente banale, è in realtà evocativa di una modalità di gestione dell'intervento sanitario collocabile tra l'assetto di mercato e quello gerarchico in senso stretto. L'utilizzo della convenzione consente infatti di gestire, in maniera flessibile e periodicamente rinnovabile tra le parti, i rapporti tra «Bologna soccorso» e le rimanenti organizzazioni impegnate, volontariamente o istituzionalmente, nel settore sanitario.

Ciò comporta alcune conseguenze:

a) «Bologna soccorso» è in grado di garantire un intervento capillare su tutto il territorio di competenza senza necessità di ampliare i confini oggettivi della propria organizzazione (scelta che implicherebbe un aumento dei costi di struttura e di direzione), ma soltanto impiegando la propria funzione di coordinamento;

b) la gestione centralizzata del pronto intervento sanitario comporta un processo di omogeneizzazione del livello qualitativo del soccorso, dato che, nel testo della convenzione, è contenuta la dotazione di materiale sanitario che deve equipaggiare ogni mezzo e sono illustrati i profili di addestramento che devono informare l'agire dei soccorritori;

c) lo strumento della convenzione garantisce all'utente la gratuità del servizio, poiché il rapporto economico sussiste esclusivamente tra l'Unità sanitaria locale n. 27 e l'ente convenzionato, sulla base di tariffe predefinite secondo il tipo di intervento effettuato;

2) crucialità della risorsa informativa: il caso di «Bologna soccorso» sottolinea la necessità di un sistema di comunicazione integrato, che colleghi tutti gli elementi dell'organizzazione, con gradi di strutturazione variabili contestualmente alla tipologia dei flussi informativi generati.

Secondo Simon (1977), una ben intesa gestione della risorsa informativa deve perseguire i seguenti obiettivi:

a) registrare i risultati aggiunti;

b) richiamare l'attenzione sui problemi;

c) analizzare la struttura e la dinamica del sistema oggetto di osservazione;

d) valutare la situazione al fine di adottare una idonea condotta decisionale.

Per quanto riguarda le prime due finalità, correlate in modo specifico alla fase di indagine del processo decisionale, «Bologna soccorso» ha adottato due soluzioni organizzative *ad hoc*, quali:

— sistemi di valutazione e revisione della qualità: data l'importanza di attivare la procedura di soccorso più idonea alle richieste dell'utenza, l'operato dei telefonisti del settore emergenza viene costantemente valutato, mediante l'affissione di un tabellone recante le eventuali divergenze tra classificazione dell'urgenza compiuta sulla base dei dati comunicati durante l'intervista telefonica («codice giallo» e «codice rosso») e la situazione effettivamente manifestatasi;

— riunione settimanale del personale in servizio sui mezzi di soccorso: vi si discute il caso che ha comportato il maggior numero di eccezioni rispetto ai protocolli di intervento e costituisce momento di confronto paritetico tra il coordinatore medico ed i restanti operatori sanitari.

Entrambi gli strumenti perseguono il duplice intento di limitare l'ambiguità del compito (Lawrence e Lorsch,

1967) degli operatori e di ribadire gli obiettivi istituzionali che l'organizzazione si propone, sottolineando la necessità di una loro interiorizzazione ad opera degli individui (Ouchi, 1979), data la disomogeneità del segmento ambientale di riferimento.

La valutazione del sottoambiente di riferimento quale base per la definizione di un comportamento organizzativo adeguato — punto c) e punto d) — è garantita dai criteri di divisione del lavoro adottati:

— netta separazione, in termini di personale e di risorse dedicati, tra le attività di gestione dell'emergenza e di prenotazione dei trasporti sanitari, data la disomogeneità della prima e la standardizzabilità della seconda (25);

— differenziazione dei compiti tra operatore telefonico ed addetto alle comunicazioni radio con i mezzi di soccorso e disomogeneo grado di formalizzazione dei rispettivi flussi informativi trattati (Galbraith, 1977). I dati comunicati al momento di ricezione della chiamata, sono sintetizzati attraverso l'impiego di codici (per la definizione del grado di urgenza e per la classificazione della patologia), sia per ridurre, attraverso la standardizzazione, il numero di eccezioni da gestire in fase di attivazione della procedura di soccorso, che per eliminare le informazioni inutili ai fini dell'intervento.

Più variabile si dimostra, invece, lo spettro di situazioni che accompagnano l'intervento degli operatori sanitari una volta raggiunto il paziente (grado di urgenza superiore a quello stimato in sede di intervista telefonica, necessità di ospedalizzare il soggetto in un reparto di «area critica», coinvolgimento non preventivato di altri enti), che giustifica uno scambio di informazioni tra equipaggio ed operatore radio continuo, analitico e caratterizzato dal mutuo aggiustamento, data la relazione di interdipendenza reciproca

che qualifica l'agire delle due unità organizzative;

3) integrazione con il dipartimento d'urgenza ed emergenza: l'esempio di «Bologna soccorso» consente di apprezzare la collocazione del servizio di coordinamento dell'emergenza sanitaria all'interno della struttura ospedaliera, garantendo in tal modo una precisa integrazione tra le diverse fasi della procedura di pronto intervento sanitario ed, in particolare, tra quella di trasporto del paziente critico e quella di attivazione della terapia di stabilizzazione.

Inoltre, tale soluzione organizzativa reca con sé alcune conseguenze non trascurabili:

a) applicazione del modello di coordinamento basato sulla «standardizzazione delle competenze» anche al *triage* extraospedaliero, con costante accento sulla professionalizzazione dei soccorritori, il che, se da un lato è indice di una maggior attenzione ai contenuti qualitativi di tale attività, dall'altro comporta la progressiva eliminazione del volontariato sanitario, con intuibile appesantimento dei costi del sistema e difficile replicabilità della formula organizzativa in contesti regionali caratterizzati da minore disponibilità di risorse umane specializzate;

b) la dipartimentalizzazione consente alla struttura di «Bologna soccorso» di usufruire di alcuni servizi ospedalieri di supporto alla propria attività istituzionale, quali il centro elaborazione dati, il servizio economato ed il servizio farmacia, realizzando un netto abbattimento dei costi di struttura;

4) articolazione del contesto sanitario territoriale: l'operare di «Bologna soccorso» è favorito dalla presenza, nel capoluogo emiliano, di quattro strutture ospedaliere;

a) Ospedale Maggiore: garantisce il servizio di pronto soccorso al polo ovest della città;

b) Policlinico Universitario S. Orsola: garantisce il servizio di pronto soccorso al polo est della città;

c) Ospedale Bellaria: specializzato in neurologia, costituisce la struttura di riferimento per gli interventi di neurochirurgia;

d) Istituto Ortopedico Rizzoli: specializzato in ortopedia e traumatologia.

Il panorama sanitario sopra illustrato permette alcune considerazioni:

— le strutture esistenti assicurano un'offerta esaustiva di risorse diagnostico-terapeutiche; in particolare, la suddivisione territoriale del bacino d'utenza cittadino consente di evitare i fenomeni di affollamento che si riscontrano in altre realtà, soprattutto in relazione a prestazioni di pronto soccorso di non rilevante entità;

— la risoluzione delle urgenze sanitarie è agevolata dalla presenza contemporanea di posti letto di «area critica» presso l'Ospedale Maggiore ed il Policlinico S. Orsola, a fronte di un'utenza potenziale, cittadina e provinciale, di circa 1.000.000 di abitanti.

L'operare congiunto di tali fattori riduce considerevolmente l'incidenza dei trasporti sanitari protetti sul totale dei servizi effettuati da «Bologna soccorso».

*Emergenza sanitaria e complessità organizzativa: criteri prescrittivi di riferimento ed analisi della logica di progettazione adottata da «Bologna soccorso»*

Le caratteristiche di criticità che informano il comportamento organizzativo di «Bologna soccorso», offrono lo spunto per riprendere alcuni contributi teorici relativi al concetto di complessità (informativa, ambientale e progettuale) ed alle opzioni utilizzabili per ridurre tale contingenza ad un livello gestibile da parte dell'organizzazione.

## 1) Complessità informativa

Il modello di Galbraith affronta il tema analizzando una sola variabile: il grado di predicibilità dei compiti, parametro che sintetizza i condizionamenti esercitati sul sistema da svariati fattori, quali, ad esempio, il dinamismo ambientale o le caratteristiche della tecnologia impiegata. La predicibilità dei compiti è, a sua volta, il portato degli aspetti quali e quantitativi delle informazioni disponibili, che Galbraith suggerisce coerenti al grado di strutturabilità delle attività sperimentate dall'organizzazione. A tale proposito, il modello fornisce una formula che esprime il grado di ampiezza informativa richiesta:

$$I = f(i, n, c) \times (26) p, \text{ dove:}$$

«I» rappresenta l'ampiezza delle informazioni necessarie per un efficace funzionamento del sistema (o sottosistema) organizzativo.

«i» simboleggia il grado di incertezza relativo allo svolgimento dei compiti, direttamente proporzionale al contenuto innovativo delle attività cui essi attendono.

«n» richiama l'aspetto quantitativo del compito; in particolare, di tale dimensione risulta significativo il numero di elementi da considerarsi in fase decisionale.

«c» sintetizza il livello di interdipendenza esistente fra gli elementi organizzativi descritti al punto precedente. Diverse sono le modalità di valutazione di tale caratteristica: valga per tutti il contributo fornito da Thompson, secondo il quale il grado di interconnessione assume complessità crescente passando da «generico» a «sequenziale» e da «sequenziale» a «reciproco». Il livello di interdipendenza degli elementi pare possedere un rilievo maggiore delle altre dimensioni del modello, dato che un suo incremento produce effetti più che pro-

porzionali sul fabbisogno informativo necessario all'organizzazione.

«p» esprime la «pressione sui risultati» che interessa il sistema (o sottosistema) organizzativo.

Essa può dipendere tanto da situazioni connaturate al contesto ambientale di riferimento (ad esempio, settori a forte competitività), quanto originare dall'interno (come nel caso di finalità istituzionali particolarmente ambiziose).

La «pressione sui risultati» si propone come variabile moltiplicativa della complessità organizzativa, imponendo un contestuale aumento dell'ampiezza del fabbisogno informativo.

Dato un determinato ammontare di «I», il modello indica una serie di opzioni, classificate in due categorie caratterizzate da un livello di complessità crescente. In un primo gruppo sono annoverati:

a) meccanismi operativi di comunicazione: la diffusione delle informazioni ad essi deputata, consente la strutturazione di alcuni compiti e, conseguentemente, una diminuzione dell'incertezza ad essi relativa;

b) meccanismi operativi di programmazione e controllo: riducono la complessità anticipando le decisioni che riguardano elementi non strutturabili e/o interdipendenti;

c) gerarchia: rappresenta il luogo di elezione delle attività di maggiore complessità, semplificando, in tal guisa, l'esecuzione dei compiti correnti.

Tuttavia, l'efficacia (e soprattutto l'efficienza) di tali strumenti organizzativi, mostra limiti notevoli oltre un dato livello di complessità dei compiti o di volume delle informazioni da elaborare.

In questi casi, occorre allora ricorrere al secondo gruppo di opzioni, a loro volta differenziabili in:

— soluzioni rivolte a ridurre il fabbisogno informativo;

— soluzioni rivolte ad aumentare la capacità di elaborare informazioni.

Secondo Rugiadini (1979), le prime possono essere di ordine gestionale (accumulo di *buffers* tra le diverse fasi del processo produttivo) od organizzativo (progettazione di organi auto-sufficienti sotto il profilo informativo). Tuttavia, il loro impiego determina, intuitivamente, la perdita di sinergie ed economie di scala, a causa di una non efficiente allocazione delle risorse.

Gli strumenti del secondo tipo sono posizionabili tanto nella dimensione verticale che in quella orizzontale della struttura di base: «Nel primo caso si cerca di rafforzare la capacità di risposta della linea gerarchica, attraverso posizioni di assistenti e unità di programmazione...» (Rugiadini, 1979). La dimensione orizzontale offre un ampio ventaglio di opportunità, quali «... relazioni dirette orizzontali e diagonali, gruppi di lavoro temporanei e continui, organi semplici o composti da una sola o più posizioni — con funzioni di integratori. La soluzione più complessa in questa direzione è costituita dall'assunzione di una struttura a matrice, la quale rappresenta la forma più estesa e avanzata di ricorso a relazioni «laterali» nell'impostazione della struttura organizzativa...» (Rugiadini, 1979).

## 2) Complessità ambientale

Il modello di Burns e Stalker (1961), si incentra sulla seguente tematica: diverse condizioni ambientali richiedono soluzioni organizzative distinte, caratterizzate da differenti criteri di progettazione delle variabili (struttura di base, meccanismi operativi, stile di direzione). In particolare, in condizioni di stabilità risultano efficaci sistemi di tipo «meccanico», mentre, qualora l'organizzazione sperimenti un intenso dinamismo, si di-

mostrano adeguati sistemi «organici».

I «sistemi meccanici» mostrano le seguenti caratteristiche:

a) enfasi sulla differenziazione delle singole unità operative, alla quale non corrisponde un'eguale attenzione al coordinamento;

b) estrema formalizzazione dei compiti e delle responsabilità esecutive;

c) assoluto rilievo della gerarchia nei processi di comunicazione, decisione e controllo;

d) netta prevalenza di relazioni gerarchiche «verticali» e di «metodi autoritari di comando e di coordinamento» (Rugiadini, 1979);

e) livelli di *status* proporzionali alla posizione occupata nella struttura.

Al contrario, il sistema «organico», idoneo a gestire un grado di complessità maggiore, presenta le seguenti peculiarità:

a) attenzione notevole all'integrazione, che si realizza nella «estensione dei diversi organi a finalità di efficacia complessiva in un'ottica professionale» (Rugiadini, 1979);

b) basso livello di formalizzazione delle variabili organizzative;

c) la gerarchia è sede di competenze prima ancora che detentrici di autorità;

d) prevalenza della dimensione orizzontale e forte presenza di processi di cooperazione;

e) livelli di *status* condizionati dalla competenza e dalla qualità del contributo professionale espressi.

La netta dicotomia tra i due assetti, i quali costituiscono gli estremi di un *continuum*, ben esemplifica il concetto di fondo che il modello esprime: «... il sistema meccanico richiede contributi organizzativi atti a rispondere efficientemente a esigenze note e stabili... il sistema organico è idoneo ad adattarsi, in quanto «organismo sociale e professionale», a situazioni di-

namiche, e quindi i ruoli e le relazioni operanti fra ruoli non possono essere rigidamente predeterminati, mentre è necessario che il sistema mantenga un elevato grado di flessibilità» (Rugiadini, 1979).

La disamina della elaborazione teorica di Burns e Stalker consente inoltre una riflessione non banale: «... il sistema meccanico richiede degli esecutori ben preparati tecnicamente e disciplinati, il sistema organico, dei professionisti capaci di contribuire alla risoluzione di problemi innovativi» (Rugiadini, 1979).

### 3) Complessità progettuale

Secondo Decastri (1984), il solo concetto di complessità (determinato, analogamente a Galbraith, come conseguenza del numero di elementi che occorre considerare nel processo decisionale, della disomogeneità che essi presentano, della quantità e della qualità delle relazioni di interdipendenza tra questi esistenti), non è sufficiente per la progettazione interna del sistema organizzativo.

Infatti, è necessario fare ricorso alla nozione di «incertezza», definibile come risultato dell'abbinamento tra complessità ed «impredicibilità». Quest'ultima «è la dimensione qualitativa del *task*. Esprime la possibilità di ricorrere alla standardizzazione delle attività e, quindi, di programmare. È originata dalla comprensibilità del *task*, ossia dalla facilità di dare risposta ai problemi in modo logico ed analitico, piuttosto che con congetture e intuizioni, dalla programmabilità delle attività e dal grado di variabilità insito nel *task*...» (Decastri, 1984).

All'incertezza si aggiunge, infine, un'ulteriore dimensione, la «pressione sui risultati», intesa come «... il livello di performance che il sistema organizzativo è tenuto a raggiungere al fine di garantirsi almeno la sopravvivenza. È

determinato dalla scarsità delle risorse, dall'ostilità verso l'impresa presente nell'ambiente, dalla flessibilità di scelta del contesto *domain* che l'ambiente offre e dalla rapidità di reazione richiesta...» (Decastri, 1984).

Utilizzando i contributi teorici sopra esposti, esaminiamo ora il caso di «Bologna soccorso».

#### 1) Complessità informativa

a) Incertezza relativa allo svolgimento del compito: per quanto concerne il trattamento dell'emergenza, l'attività di «Bologna soccorso» può suddividersi in 4 fasi (ricezione della chiamata telefonica; invio del mezzo di soccorso; intervento sanitario in senso stretto; ospedalizzazione del paziente).

Con riferimento alla prima fase, l'incertezza appare gestita da una procedura («score» utilizzato al centralista per accertare l'entità dell'emergenza segnalata) integrata da un «meccanismo di standardizzazione delle competenze» (Mintzberg, 1983), costituito dalla preparazione professionale dell'operatore telefonico.

L'invio del mezzo adeguato alla tipologia di soccorso prospettata, comporta un livello di complessità maggiore, poiché l'ambulanza più prossima al luogo dell'evento può essere già in servizio, la natura dell'intervento ambigua (per carenza assoluta di informazioni) o plurima (il che richiede il coordinamento di diverse unità di soccorso e/o la sollecitazione di altri organismi, quali Vigili del fuoco, Polizia urbana, ecc.). L'aumentata incertezza di tale fase, è risolta mediante il ricorso alla gerarchia (Coordinatore di guardia) ed al mutuo adattamento (costante collegamento via radio tra i mezzi di soccorso e centrale operativa). Le stesse osservazioni valgono per l'attività sanitaria in senso stretto e per l'ospedalizzazione del paziente,

con un incremento, in termini di incertezza, determinato dallo scenario nel quale l'intervento si svolge.

b) L'incertezza connessa alla quantità di elementi da considerare in fase decisionale (numero e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili, caratteri della condotta sanitaria da adottarsi, struttura presso la quale indirizzare il paziente), è gestita tramite il ricorso al coordinamento (standardizzazione delle competenze) ed a meccanismi di comunicazione continui tra le diverse unità (collegamenti via radio).

c) Cruciale risulta essere il livello di interdipendenza all'interno del sistema.

Infatti una delle innovazioni più rilevanti del fenomeno «Bologna soccorso», riguarda l'integrazione fra i due momenti cardine dell'emergenza sanitaria: il trasporto e la celere ospedalizzazione del paziente critico.

Utilizzando il contributo elaborato da Thompson, il livello di interconnessione può definirsi sequenziale tra le fasi di gestione della richiesta telefonica e di invio del mezzo di soccorso, reciproca tra le fasi di intervento sanitario e di istituzionalizzazione del paziente (dato che il flusso informativo tra soccorritori e personale ospedaliero orienta i rispettivi comportamenti). I differenti livelli di interdipendenza rilevati sono evidenziati dall'adozione di strumenti di integrazione distinti: tendenza alla standardizzazione nel primo caso e mutuo adattamento nel secondo.

e) Il livello di pressione sui risultati è elevato, a causa della finalità istituzionale che l'organizzazione persegue, vale a dire la gestione di pazienti critici.

#### 2) Complessità ambientale

«Bologna soccorso» presenta numerose caratteristiche dei sistemi «organici»:

a) netta prevalenza della dimensione orizzontale su quella verticale. L'attività direzionale e quella operativa mostrano frequenti spazi di sovrapposizione (il coordinatore sanitario prende parte alle operazioni di soccorso al pari di altri sanitari);

b) assenza di ruoli che richiamino una gerarchia formalizzata (il compito principale del coordinatore non è quello di esercitare l'autorità ma di dispensare competenze);

c) impiego frequente di contatti laterali (riunioni settimanali dei soccorritori e dei coordinatori).

### 3) Complessità progettuale

Per «Bologna soccorso», come per tutte le organizzazioni che operano nel settore dell'emergenza, la dimensione cruciale è la «predicibilità del *task*», data l'impossibilità di definire a priori il momento di attivazione del sistema e programmare conseguentemente il numero degli interventi richiesti.

Le caratteristiche organizzative di «Bologna soccorso», richiamano dunque esigenze che non pare possibile soddisfare in maniera efficace ed efficiente ricorrendo alla soluzione divisionale, usualmente utilizzata quale criterio di sistematizzazione nel settore ospedaliero.

Ora, trattandosi di un servizio innovativo in tema di erogazione delle prestazioni sanitarie e proprio per tale motivo non tipizzabile, si ritiene interessante, a fini descrittivi e normativi, analizzarlo tramite l'impiego di alcuni contributi della teoria organizzativa relativi alla progettazione di assetti idonei alla gestione di attività non routinarie. A tale proposito, si farà riferimento a due «schemi organizzativi fondamentali» (Rugiadini, 1979), quali le strutture funzionali modificate per progetto ed a matrice e ad una delle cinque «configurazioni» di Mintzberg (1983), l'«adhocrazia», delle

quali si illustreranno i tratti fondamentali.

La natura di tale scelta è da ascrivere, per quanto riguarda le prime due soluzioni, agli attributi analitici e prescrittivi ad esse connessi, mentre, per quanto attiene all'«adhocrazia», alla perfetta idoneità di tale modello alla interpretazione di un sistema organizzativo dedicato all'innovazione.

#### 1) Struttura funzionale modificata per progetti

La struttura funzionale modificata per progetti, contempla, in aggiunta ad una serie di unità specializzate per disciplina scientifica, due o più organi (complessi e temporanei), responsabilizzati su progetti distinti. Con la nozione di «progetto», si intendono una serie di attività che «per la loro complessità e rilevanza, richiedono l'impiego di operatori con diversa qualificazione inseriti abitualmente nell'ambito dei vari organi permanenti in una logica funzionale» (Rugiadini, 1979).

Gli organi di progetto sono normalmente costituiti da operatori provenienti dalle unità tecniche: terminato il progetto, questi vengono reintegrati nelle unità di origine.

I responsabili di progetto sono dotati di autorità gerarchica sui componenti l'organo temporaneo: si verifica in tal modo una duplice dipendenza discontinua: dall'organo di progetto quando è attivo; dall'unità tecnica negli altri casi. Tuttavia, «sarebbe errato ritenere che tale duplice dipendenza non sussiste in quanto sfasata nel tempo, poiché essa influenza in svariati aspetti concreti il comportamento organizzativo: ad esempio, il ruolo permanente dei singoli operatori condiziona pesantemente gli obiettivi e i criteri professionali adottati; la valutazione delle prestazioni e le prospettive di carriera sono influenzate dal contributo fornito ai singoli progetti, ma

in misura certo notevole anche dall'apprezzamento che compiono i capi delle unità tecniche permanenti» (Rugiadini, 1979).

«La struttura per progetti è utilizzata quando:

a) è necessario raggiungere un risultato critico e complesso;

b) è richiesta l'aggregazione di risorse, competenze, logiche di più unità organizzative della linea funzionale;

c) la pressione del tempo è elevata;

d) si mira ad ottenere un risultato in un arco temporale definito;

e) occorre gestire un'iniziativa unica, innovativa e non familiare» (Decastri, 1984).

#### 2) Struttura a matrice

Per quanto concerne la sua caratteristica conformazione e le implicazioni organizzative che da essa derivano, si ritiene opportuno rammentarne due aspetti:

a) nella struttura a matrice, gli organi specializzati per tecniche «non gestiscono processi produttivi correnti (come nella struttura per progetti), bensì rappresentano soltanto delle aggregazioni professionali di specialisti, i quali sono permanentemente assegnati ai diversi progetti in corso» (Rugiadini, 1979);

b) gli elementi culturali che favoriscono l'adozione di tale soluzione da parte dell'organizzazione, sono almeno quattro (S.M. Davis-P.R. Lawrence, 1977):

— un atteggiamento aperto e flessibile verso l'andamento della vita lavorativa e, soprattutto, verso il cambiamento;

— una lunga e condivisa tradizione al mutamento;

— la consapevolezza dell'utilità dello scambio frequente di idee e punti di vista su qualunque argomento;

— la convinzione di sperimentare un'esperienza di carattere innovativo.

### 3) Adhocrasia

Lo sviluppo dell'innovazione richiede, secondo Mintzberg (1983):

a) «... una organizzazione molto organica, con scarsa formalizzazione del comportamento...»;

b) «... elevata specializzazione orizzontale delle mansioni, fondata su una formazione di tipo formale...»;

c) «... la tendenza a raggruppare gli specialisti in unità funzionali, per motivi di aggregazione professionale ma a utilizzarli in piccoli gruppi di progetto...»;

d) «... il ricorso ai meccanismi di collegamento per favorire il reciproco adattamento, che è il meccanismo principale di coordinamento all'interno dei gruppi e fra i gruppi...».

L'adhocrasia è un assetto organizzativo adatto alla gestione di attività deputate ad operare una discontinuità forte nei confronti di schemi di azione consolidati; pertanto, si caratterizza per l'assenza di criteri rigidi di divisione del lavoro e di comportamenti altamente formalizzati, nonché per una elevata flessibilità.

Obiettivo dell'adhocrasia è dunque innovare; per perseguire tale finalità essa deve conferire potere agli esperti (le conoscenze dei quali sono state sviluppate mediante programmi di formazione), ma senza basare il coordinamento sulle competenze standardizzate espresse da questi ultimi, «poiché ciò porterebbe alla standardizzazione invece che all'innovazione» (Mintzberg, 1983).

Posto che neppure il ricorso alla supervisione diretta appare adeguato, a causa della complessità connaturata allo scopo dell'organizzazione, l'integrazione deve essere assicurata dai professionisti che eseguono il progetto, secondo una logica di mutuo adat-

tamento «che rappresenta il principale meccanismo di coordinamento dell'adhocrasia» (Mintzberg, 1983).

Ciò comporta alcune conseguenze:

a) «la maggior parte dei *manager* non "dirige" nel senso abituale del termine... ma impiega gran parte del suo tempo in attività di collegamento, ... coordinando in senso laterale l'attività fra i diversi gruppi e tra i gruppi e le unità funzionali. Molti di questi *manager* sono, in effetti, anche esperti che operano insieme con gli altri specialisti nei gruppi di progetto...»;

b) «... nell'adhocrasia... il potere decisionale è distribuito fra i *manager* e i non *manager* a tutti i livelli della gerarchia, in relazione alla natura delle diverse decisioni che debbono essere assunte; nell'adhocrasia, quindi, nessuno monopolizza il potere di innovare...» (Mintzberg, 1983);

c) impiego della struttura a matrice, al fine di consentire il contemporaneo raggruppamento per funzione e per progetto.

Alla luce di quanto esposto e con riferimento alla realtà organizzativa di «Bologna soccorso», emergono alcuni temi di riflessione:

1) esistono alcune caratteristiche proprie delle strutture per progetto e per matrice, malgrado il sistema oggetto di indagine non sia compiutamente interpretabile con nessuno dei due modelli teorici.

La situazione relativa al personale si dimostra particolarmente esplicativa al proposito:

a) gli addetti alla Centrale operativa sono ad essa stabilmente assegnati e sperimentano una duplice dipendenza, sia da «Bologna soccorso», sia dall'istituzione di provenienza (associazioni e cooperative operanti nel settore dell'emergenza sanitaria, C.R.I., U.s.l.). Lo stesso dicasi per gli infermieri professionali e per alcuni dei sanitari che operano a bordo dei mezzi di soccorso, quali, ad esempio, i medici

di urgenza, che mantengono un rapporto stabile con il Servizio di guardia medica territoriale presso il quale risultano in organico;

b) esiste una seconda categoria di personale medico la cui dislocazione è temporanea seppur continua: i sanitari del Servizio di anestesia e rianimazione dell'Ospedale Maggiore, i quali alternano la propria presenza in reparto con l'attività di pronto intervento a bordo di autolettighe od eliambulanza. Tale rilievo avalla l'ipotesi di una duplice dipendenza, assimilabile ad una soluzione organizzativa intermedia tra la matrice e la struttura per progetti;

2) utilizzando il modello dell'adhocrasia, è possibile riscontrare similitudini e disomogeneità tra teoria e realizzazione empirica.

Con riferimento al primo punto:

a) il sistema organizzativo non è rigidamente strutturato, coerentemente con l'attività istituzionale esercitata, e ciò soprattutto per quanto attiene alla dimensione verticale, dove apice strategico (Coordinatori di guardia) e nucleo operativo (operatori di centrale e soccorritori) svolgono attività distinte ma tendenti alla sovrapposizione.

Di più, a dimostrazione dell'organicità del sistema, la gerarchia non è fonte di autorità ma elemento di risoluzione delle eccezioni (ad esempio, quale procedura di intervento attivare in casi ambigui, caratterizzati da carenza informativa);

b) si mostra rilevante la dimensione orizzontale e la differenziazione delle mansioni ad essa connessa (operatore telefonico, coordinatore mezzi di soccorso, soccorritore);

c) si verifica un ampio ricorso a meccanismi di contatto laterale (riunioni periodiche o *ad hoc* su temi di contenuto tecnico-professionale o gestionale).

La differenza sostanziale tra prescrizione teorica e realizzazione pratica, attiene all'utilizzo dell'adattamen-

to reciproco quale sistema operativo di coordinamento prevalente.

Infatti, a giudizio di chi scrive, l'impiego del mutuo aggiustamento ha luogo, sostanzialmente, nelle fasi di gestione dell'intervento di emergenza in senso stretto, quando occorre incrementare i flussi informativi tra tre unità organizzative: soccorritori, Centrale operativa ed ospedale.

Per quanto concerne fasi maggiormente strutturate, quali, ad esempio, l'intervista telefonica a chi attiva il sistema, vi è, come già accennato, una tendenza alla standardizzazione, rappresentata dalla *check-list* che supporta l'attività del *Call-Taker*.

Vi è inoltre da considerare che i sistemi di formazione che preparano ai diversi ruoli di «Bologna soccorso», hanno come risultato indiretto un meccanismo di integrazione basato sulla standardizzazione delle competenze, che riconduce, nuovamente, ad una logica tendente alla formalizzazione;

d) ma come possono coesistere, all'interno del medesimo disegno organizzativo, elementi ascrivibili all'adlocrazia ed altri identificabili quali attributi della «burocrazia professionale» (Mintzberg, 1983).

Posto che «Bologna soccorso» sia assimilabile ad una «adlocrazia operativa» (configurazione che «innova e risolve i problemi direttamente a favore dei suoi clienti» - Mintzberg, 1983), ad essa «corrisponde una burocrazia professionale che svolge un lavoro simile ma con un orientamento più ristretto... Di fronte ad una problematica del cliente, l'adlocrazia operativa si impegna in uno sforzo creativo per trovare una soluzione nuova, mentre la burocrazia professionale lo classifica in una delle categorie conosciute e applica successivamente un programma *standard*: la prima si impegna nel pensiero divergente volto all'innovazione, la seconda nel pensiero conver-

gente volto al perfezionamento...» (Mintzberg, 1983).

Occorre infine considerare che la transizione dalla configurazione adlocrazia a quella burocratico-professionale è determinata anche dall'età dell'organizzazione: «Con il passare del tempo, le aziende che sopravvivono diventano conosciute per ciò che sanno fare meglio, il che le spinge a ripetere alcuni progetti... Di conseguenza l'adlocrazia operativa è spinta con il passare del tempo verso la burocrazia professionale, per concentrarsi sui programmi che esegue meglio...» (Mintzberg, 1983).

Applicando tali riflessioni al caso di un esame, sembra possibile affermare che ci troviamo in presenza di un'organizzazione di sicura eccellenza per quanto concerne la gestione dell'emergenza sanitaria e che, proprio in virtù degli elevati livelli di performance raggiunti, tende ad evolvere verso la standardizzazione degli aspetti informativi ed operativi. Tuttavia, l'ampio significato innovativo dell'iniziativa attuata (la realizzazione di un sistema integrato per il trasporto e l'ospedalizzazione del paziente critico), permane nella cultura condivisa dagli operatori, i quali si dichiarano orgogliosi di appartenere ad una istituzione che ritengono assai prestigiosa, considerano l'attività svolta importante per la collettività e motivante per loro stessi e non esitano a garantire la propria disponibilità anche oltre l'orario di lavoro per limitare i problemi connessi ad un organico sottodimensionato. Tali valori e comportamenti costituiscono il netto segnale dell'esistenza di un meccanismo di controllo di *clan* (Ouchi, 1979), che assai probabilmente rappresenta il catalizzatore di tutti i processi organizzativi.

In definitiva, «Bologna soccorso» conserva alcuni aspetti della adlocrazia (informalità della struttura, enfasi sul coordinamento orizzontale ed inte-

riorizzazione delle finalità istituzionali) abbinati ad una crescente attenzione all'efficienza (standardizzazione delle competenze), nel rispetto della formula professional-burocratica. Questa particolarità rende assai poco agevole l'utilizzo in chiave normativa della soluzione organizzativa adottata.

---

(1) Cfr. G. Bordone et al., *Trattamento intraospedaliero: vantaggi e prospettive della gestione intradipartimentale*, Minerva anestesologica, vol. 57, novembre 1991.

(2) Le percentuali riportate nel paragrafo si riferiscono a dati ISTAT del 1990.

(3) Tale carenza è in contrapposizione con la posizione assunta dal legislatore negli ultimi anni. In particolare, la L. n. 595 del 23 ottobre 1985 «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988», dà importanti indicazioni per la predisposizione degli specifici piani regionali.

L'art. 2 della legge citata, in merito agli «obiettivi generali del Piano sanitario nazionale», pone alla lettera c), fra le priorità di investimento, le risorse indirizzate «al potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza, con riguardo anche alle esigenze del Servizio nazionale di protezione civile». Va inoltre rilevato che la stessa legge, all'art. 9, lettera g), in merito ai Piani sanitari regionali, fa obbligo alle Regioni di prevedere «la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva...».

Il legislatore pone dunque due punti fermi: stabilisce la priorità degli investimenti nel settore delle urgenze e suggerisce a grandi linee la realizzazione di un sistema per la gestione dell'emergenza sanitaria (telecomunicazioni, guardie mediche *intra* ed *extraospedaliera*, servizi di pronto soccorso, reparti di terapia intensiva...).

Si sottolinea infine come il sistema delle emergenze debba gestire non solo le urgenze curative, bensì anche quelle igienistiche, veterinarie e sanitarie in genere, nonché i servizi di supporto necessari.

(4) Cfr. G. Bordone et al., *La realtà italiana nell'emergenza sanitaria*, Minerva Anestesologica, vol. 57, novembre 1991.

(5) Ecco, al proposito, la soluzione adottata all'interno del progetto «Pistoia soccorso»,

realizzato con il contributo finanziario di venti «Misericordie», associazioni di volontariato sanitario che vantano in Toscana una notevole tradizione: «... L'operatore, seduto davanti a un computer, fa scattare l'allarme. Sul monitor appare una cartina topografica della città e alcuni punti luminosi. Sono le ambulanze più vicine al luogo dell'incidente: per ognuna è specificato il numero dei volontari, se a bordo c'è un medico, il tempo che impiegherà a raggiungere i feriti, il miglior tragitto (evitando ingorghi) per arrivare all'ospedale e l'eventuale possibilità di fare intervenire una seconda ambulanza. A Pistoia si sta sperimentando un nuovo sistema di pronto soccorso, il primo in Europa, che impiega satelliti e riduce della metà i tempi di intervento. Il sistema è collegato ai satelliti statunitensi Navstar Gps che fino alla guerra del golfo erano impiegati prevalentemente in campo militare. Le ambulanze sono state attrezzate con un sistema di ricezione delle coordinate inviate dai satelliti e con un computer...» (da un articolo di M. Gasparetti, apparso su «Corriere della salute», supplemento del «Corriere della sera» del 24 maggio 1993).

(6) In un primo momento, le U.s.l. interessate alla istituzione del servizio erano tre: n. 27 Bologna Ovest, n. 28 Bologna Nord e n. 29 Bologna Est. Nella seconda metà degli anni 1980, «Bologna soccorso» ha inteso conferire un notevole apporto qualitativo a tutta l'organizzazione del servizio ambulanze, caratterizzandola come servizio a livello sovrazonale, con un ambito di riferimento costituito dal territorio di Bologna e provincia (U.s.l. 20, 22, 24, 27, 28, 29) e con una gestione unificata presso la U.s.l. n. 27 Bologna Ovest, nel comprensorio della quale è appunto ubicato l'Ospedale Maggiore.

(7) «Bologna soccorso» non costituisce un esempio isolato, dato che il servizio 118 è attivo in tutte le province della Regione.

(8) Il dipartimento di urgenza ed emergenza dell'Ospedale Maggiore di Bologna è composto dalle seguenti unità operative: Servizio di pronto soccorso, Servizio di anestesia e rianimazione, Divisione di ortopedia. Il ruolo di coordinatore di dipartimento spetta, a rotazione biennale, ai tre primari.

(9) Tale impianto telefonico garantisce i collegamenti tra la centrale operativa di «Bologna soccorso» ed altri enti (autostrade, Vigili urbani, 113...), i servizi provinciali di coordinamento dell'emergenza della regione Emilia-Romagna e gli ospedali cittadini, in parte attraverso normali linee urbane, in parte mediante collegamenti diretti non transitanti attraverso le normali centrali di selezione S.I.P.

(10) Il medesimo sistema audio-video connette a «Bologna soccorso» le centrali operati-

ve di Parma e Ravenna, parimenti dotate del servizio di elisoccorso.

(11) Il tema delle interdipendenze fra compiti od unità funzionali quale criterio di progettazione organizzativa, è stato diffusamente affrontato da J.D. Thompson nel testo *Organizations in Action*, McGraw-Hill, 1967.

L'autore distingue tra:

a) interdipendenza generica, intesa come presenza di un collegamento di fondo derivante dall'appartenenza ad un unico sistema, ma senza occasioni specifiche né relazioni dirette; in tal senso tutti i compiti o tutte le unità organizzative sono in rapporto di interdipendenza generica;

b) interdipendenza sequenziale: si manifesta quando un compito, o in genere l'attività di un organo, dipende in termini sequenziali da un altro compito/organo, nel senso che può svolgersi soltanto quando la fase a «monte» sia stata completata; reparti produttivi specializzati per fasi successive di lavorazione o di montaggio forniscono l'esempio tipico di interdipendenza sequenziale;

c) interdipendenza reciproca: è il risultato di una sorta di «interdipendenza sequenziale incrociata», essendo entrambi i compiti/organi, in fasi diverse, dipendenti dal comportamento dell'altro per poter svolgere il proprio compito istituzionale; i rapporti tra produzione e manutenzione sono un caso tipico di interdipendenza reciproca.

Al fine di gestire in maniera appropriata tali relazioni a livello di complessità crescente, Thompson indica tre modalità distinte di coordinamento:

a) coordinamento mediante standardizzazione, sufficiente a regolare, con adeguate procedure, condizioni di interdipendenza generica, attraverso la strutturazione degli aspetti di contatti fra unità, in forme relativamente semplici e ricorrenti;

b) coordinamento tramite programmi, che specifichino tempi e modi di svolgimento di diverse attività in condizioni di dinamismo e di complessità abbastanza elevate: è idoneo alla gestione di relazioni di interdipendenza sequenziale;

c) coordinamento per mutuo aggiustamento, qualora si evidenzia la necessità di un adattamento continuo fra unità in relazione di interdipendenza reciproca, che, per il formarsi dinamico delle informazioni necessarie e per la variabilità delle situazioni emergenti, non sarebbe efficacemente realizzabile con le modalità viste in precedenza.

(12) Cfr. G. Tulli, *Le priorità dell'intervento extraospedaliero*, «Minerva anestesiológica», vol. 57 del novembre 1991.

(13) In altre realtà è il capoequipaggio del mezzo di soccorso che decide presso quale

struttura sanitaria indirizzarsi, dato che la legge impone ai soccorritori che non siano medici di trasportare il paziente presso il più vicino ospedale che, anche se sprovvisto di posti disponibili, non può rifiutarsi di accogliere un soggetto le cui condizioni rivestano i connotati dell'urgenza.

Il rischio di «vagabondare per ospedali» si profila fondatamente qualora alcun specialità mediche assai sofisticate (quali, ad esempio, la neurochirurgia o la terapia intensiva) non siano attivate presso il nosocomio più prossimo al luogo dell'evento: è proprio questo uno degli aspetti del soccorso preospedaliero che il servizio 118 deve migliorare, affinché la tutela della salute dell'individuo sia un diritto sostanziale e non solo formale.

(14) Durante il 1992, «Bologna soccorso» ha effettuato 150.000 interventi, 43.000 dei quali urgenti.

(15) Dal 1992, «Bologna soccorso» utilizza per la registrazione dei dati relativi ad ogni servizio effettuato, una apposita scheda cartacea di propria ideazione. Al momento del ricevimento della chiamata, a ciascuno dei dati comunicati all'operatore telefonico è attribuito, nel rispetto delle direttive ministeriali, un colore che consente una valutazione sintetica di prima approssimazione sul tipo di intervento da attivare:

a) bianco: richiesta di trasporto programmato da parte dell'utente, come nel caso di una visita specialistica ospedaliera;

b) verde: trasferimento intra od interospedaliero programmato di paziente barellato;

c) giallo: richiesta di pronto intervento per paziente le cui condizioni sono moderatamente suscettibili di peggioramento;

d) rosso: attivazione immediata della procedura di soccorso più idonea per il trattamento di una urgenza sanitaria importante, come nel caso di arresto cardiocircolatorio.

L'adozione di questo sistema di codificazione dell'intervento ha determinato una netta riduzione dei danneggiamenti agli automezzi, soprattutto in occasione di servizi svolti d'urgenza.

Inoltre, l'accesso al dipartimento d'urgenza ed emergenza dell'Ospedale Maggiore è differenziato a seconda del colore che codifica l'intervento.

(16) Le possibili patologie sono raggruppate in macroclassi, a ciascuna delle quali è attribuita una lettera dell'alfabeto, riportata sulla scheda di servizio.

(17) «... Al di là di ogni valutazione di merito che si può fare su questa istituzione, è indubbio che essa debba attualmente iscriversi, nel sistema delle urgenze, come una delle risposte che la struttura può utilizzare per soddisfare i bisogni sanitari del cittadino.

In una centrale operativa-tipo debbono essere accentrate tutte le richieste sanitarie, comprese quindi anche quelle della guardia medica. Tale centralizzazione, già sperimentata, ha permesso di:

a) evitare che telefonate non di competenza giungessero alla guardia medica (richieste di ambulanze, richieste di informazioni, richieste non pertinenti, ecc.);

b) evitare inutili invii di ambulanze per problemi risolvibili con l'intervento della guardia medica;

c) inviare, nei casi più gravi, ambulanza e medico insieme.

Ottimi risultati possono essere ottenuti dotando i medici di guardia medica di mezzi speciali, attrezzati con ricetrasmittenti sintonizzate sui canali della centrale, con il vantaggio di:

— radioassistenza della centrale per la ricerca di abitazioni in zone disagiate o comunque di difficile reperimento;

— allarme immediato alla centrale da parte del medico per casi particolarmente gravi a rapido allertamento dei servizi di pronto soccorso o dei reparti specialistici;

— assegnazione, via radio *in itinere*, ai medici di guardia medica, di nuovi servizi, senza l'obbligo di tornare in sede, con evidente diminuzione del carico di lavoro;

— consultazione diretta del medico di guardia medica.

Il medico addetto al servizio di guardia medica, ancorché inserito funzionalmente nell'organizzazione di dipartimento, dipende a tutti gli effetti, sia per le modalità di reclutamento, sia per gli aspetti contrattuali e conseguentemente economici, dal servizio di medicina di base.

In ogni caso il servizio di guardia medica per le funzioni di sua competenza può essere attivato in tutto l'arco delle 24 ore... «(tratto dal documento della regione Emilia-Romagna «Servizi di emergenza-urgenza», allegato al Piano regionale sanitario 1990-1992, riportato quasi integralmente nella L. reg. n. 15 del 9 marzo 1990).

(18) «... Quando l'organizzazione è soggetta ad una maggiore incertezza, i suoi membri devono affrontare situazioni per le quali non dispongono di regole. In queste circostanze la gerarchia funziona per eccezione. Le situazioni ricorrenti vengono programmate con regole, mentre le situazioni non ricorrenti vengono risolte trasmettendole a quel livello della gerarchia dove esiste una visione d'insieme di tutte le sottounità interessate...» cfr. J.R. Galbraith, *La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni*, tratto da: «Formez, problemi di gestione», n. 9, settembre 1975.

Tutte le ambulanze, sia private che pubbliche, comunicano con la centrale operativa di «Bologna soccorso» attraverso una unica rete radio che collega anche alcune unità operative decentrate per il trasporto sanitario esistenti in Bologna (pubblica assistenza città di Bologna, pubblica assistenza Croce Italia, cooperativa Croce Azzurra).

Dal primo trimestre del 1984 anche i mezzi della Croce rossa italiana sono compresi nel sistema di soccorso integrato coordinato da «Bologna soccorso».

Una seconda frequenza radio collega gli ospedali e le ambulanze della provincia (Bazano, Bentivoglio, Castel S. Pietro, Imola, S. Giovanni in Persiceto).

Altre due frequenze radio servono gli ospedali, le ambulanze e le associazioni volontarie della zona montana della provincia di Bologna (Castelletto di Serravalle, Porretta, Vado, Vergato).

(21) Attualmente «Bologna soccorso» dispone di un elicottero, frutto della convenzione stipulata con un consorzio di enti pubblici e privati, tra i quali si annoverano l'Automobil club italiano e l'associazione delle pubbliche assistenze di Bologna. In passato, l'attività di elitransporto sanitario è stata effettuata grazie alla collaborazione di diverse istituzioni, quali i nuclei elicotteri dei Vigili del fuoco di Modena e della Polizia di Stato di Bologna ed il 15° S.A.R. della Aeronautica militare italiana, di stanza a Rimini.

(22) In particolare, per rendere possibile l'atterraggio, occorre la disponibilità di uno spiazzo pianeggiante privo di ostacoli fissi nel raggio di 30 metri. Inoltre, l'operatività dell'elisoccorso è limitata dalla scarsa visibilità, dato che il volo diurno si svolge a vista. L'effettuazione di attività notturna è possibile con l'ausilio di alcune apparecchiature supplementari e con la presenza di un copilota. Nel mese di agosto del 1992 «Bologna soccorso», ha svolto, a titolo sperimentale, interventi di soccorso notturni con elicottero, ma data la loro esiguità («soltanto» 18!!!) unita agli elevati costi di esercizio aggiuntivi, l'iniziativa è stata accantonata.

(23) I.C.A.O. è l'acronimo di International Civil Aviation Organization.

(24) Per un interessante esperimento in tema di costante collegamento tra centrale di coordinamento e strutture ospedaliere, cfr. P. Golino et al., *Attività di coordinamento integrato del soccorso sanitario a Cagliari: sperimentazione, risultati*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, novembre 1991.

(25) «... Si può dire che presupponendo un comportamento razionale, le organizzazioni che operano in un ambiente eterogeneo cercano di identificare segmenti omogenei e costi-

tuire diverse unità strutturali che abbiano rapporti con ciascuno di essi...» J.D. Thompson, *Organizations in Action*, McGraw Hill, New York, 1967.

(26) Leggi: «moltiplicato per».

## BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON J.W.R. et al., *Early emergency care study: the potential and benefit of advanced prehospital care*, British Medical Journal, vol. 294, gennaio 1987.
- BACCHI R., ROTONDI P., ZAPPI A., *Un nuovo orizzonte nella gestione dell'emergenza sanitaria. Il decreto 13 marzo 1992, Mecosan n. 2*, aprile-giugno 1992.
- BORDONE G. et al., *Trattamento intra ospedaliero: vantaggi e prospettive della gestione dipartimentale*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, novembre 1991.
- BORGOVONI E., ZANGRANDI A., *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Giuffrè, 1988.
- BURNS T., STALKER G.M., *The Management of Innovations*, Tavistock Publications, 1961 (trad. it.: *Direzione aziendale e innovazione*, Franco Angeli, 1971).
- COLUCCIA R. et al., *La realtà italiana nell'emergenza sanitaria*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, novembre 1991.
- DAVIS S.M., LAWRENCE P.R., *Matrix*, Addison Wesley, 1977.
- DECASTRI M. (a cura di), *Organizzazione e cultura dell'innovazione in impresa*, Giuffrè, 1985.
- FABRIS A., MARTINO F. (a cura di), *Progettazione e sviluppo delle organizzazioni*, Etas Libri, 1974.
- GALBRAITH J.R., *Designing Complex Organizations*, Addison Wesley, 1973.
- GALBRAITH J.R., *Organization Design*, Addison Wesley, 1977.
- GOLINO P. et al., *Attività di coordinamento integrato del soccorso sanitario a Cagliari: sperimentazione, risultati*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, novembre 1991.
- LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., *Organization and Environment*, Irwin, 1977.
- MENGOZZI U., *Il soccorso in Italia. Analisi ed evoluzione del sistema delle urgenze sanitarie*, Maggioli, 1989.
- MINTZBERG H., *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, 1983 (trad. it.: *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985).
- NACAMULLI R.C.D., RUGIADINI A. (a cura di), *Organizzazione & Mercato*, Il Mulino, 1985.
- OUCHI W.G., *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms*, Management Science, 1979 (trad. it.:

- La progettazione dei meccanismi di controllo organizzativo*, in NACAMULLI R.C.D., RUGIADINI A., *Organizzazione & Mercato*, Il Mulino, 1985).
- PALADINO G., *Progetto di un moderno ed efficiente servizio di emergenza ed urgenza medica estesa a tutto il territorio nazionale*, Relazione di apertura Congresso Capri, agosto 1989, RUGIADINI A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, 1979.
- SIMON H.A., *The New Science of Management Decision*, Prentice-Hall, 1977.
- THOMPSON J.D., *Organizations in action*, McGraw-Hill, 1967 (trad. it. *Tecnologia, struttura e razionalità organizzativa*, in FABRIS A., MARTINO F. (a cura di) *Progettazione e sviluppo delle organizzazioni*, Etas Libri, 1974).
- TULLI G., *Le priorità dell'intervento extraospedaliero*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, novembre 1991.
- WEICK K.E., *Educational organizations as loosely coupled systems*, Administrative Science Quarterly, n. 21, 1976 (trad. it., *Le organizzazioni scolastiche come sistemi a legame debole*, in ZAN S. (a cura di), *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, 1988).
- ZAN S. (a cura di), *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, 1988.
- ZOCARO R. et al., *Dati statistici sull'emergenza sanitaria nella provincia di Chieti*, Minerva Anestesiologica, vol. 57, ottobre 1991.

# LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA NELLA U.S.S.L. DI MELEGNANO

di Antonio Nava e Valeria Rappini 1

U.s.s.l. n. 57 - Melegnano (MI)

1 SDA - CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. La situazione del servizio di ristorazione ospedaliero alla fine degli anni ottanta - 2. L'analisi del problema - 3. La predisposizione del progetto - 4. La proposta di riorganizzazione - 5. La negoziazione con le organizzazioni sindacali - 6. La definizione della scheda di prenotazione dei pasti - 7. La gestione dei magazzini - 8. Il questionario per la verifica della qualità - 9. La costituzione dell'unità di valutazione - 10. La cartella informativa per gli utenti - 11. Il nuovo servizio di ristorazione - 12. Alcune considerazioni conclusive.

## 1. La situazione del servizio di ristorazione ospedaliero alla fine degli anni ottanta

L'ospedale Predabissi di Melegnano disponeva, fin da alcuni anni prima della costituzione della U.s.s.l., di una cucina che produceva pasti sia per i pazienti ricoverati, sia per i dipendenti (tavola 1). Il servizio di ristorazione per i degenti era organizzato, analogamente a quanto avveniva in molti altri ospedali, con il sistema dei carrelli multiporzione. Secondo tale sistema:

1) gli operatori della cucina preparavano i primi, le pietanze, i contorni e gli eventuali altri piatti;

2) gli stessi operatori predisponavano sugli appositi carrelli tutti gli alimenti, compresi i generi da dispensa;

3) alcuni operatori della cucina consegnavano i carrelli ai reparti;

4) il personale ausiliario dei reparti provvedeva direttamente alla distribuzione del vitto ai degenti.

Nonostante il servizio di ristorazione funzionasse ormai da tempo e non differisse molto da quello offerto in altri ospedali, verso la metà degli anni ottanta cominciarono ad emergere numerosi problemi che, in più di una occasione, portano il Comitato di gestio-

ne a considerare l'opportunità di riconvertire personale, spazi e attrezzature ed appaltare ad una società privata la produzione di pasti. Il personale ausiliario ed infermieristico dei reparti si lamentava continuamente per i giudizi negativi dei pazienti sulla qualità del cibo, sulla temperatura del vitto, sugli orari di distribuzione e sulla mancanza di un menù. Inoltre, tra gli operatori della U.s.s.l., correvano voci di sprechi e di superficialità nella gestione delle scorte alimentari che, in assenza di informazioni attendibili sui consumi, non potevano essere smentite o confermate e finirono col screditare ulteriormente tutto il personale di cucina. A peggiorare il giudizio negativo sul servizio intervenne poi un articolo di Giorgio Bocca pubblicato su la «Repubblica» intitolato «I mali delle unità sanitarie». In tale articolo il giornalista, intervistando l'allora Ministro alla sanità, dichiarava «... ho letto che nella ricca Melegnano vengono messi

sul conto dell'unità sanitaria centomila pasti in più l'anno...». Per diversi giorni gli uffici amministrativi della U.s.s.l. furono quasi esclusivamente impegnati nel chiedere la pubblicazione di smentite e nell'inviare precisazioni e puntualizzazioni.

A questo punto, i componenti del Comitato di gestione della U.s.s.l. decisero di affrontare drasticamente i problemi della cucina. Come primo provvedimento, decisero di affidare al neocostituito ufficio dietetico la funzione di controllare che la produzione di pasti fosse realmente dimensionata al fabbisogno dei reparti. Per qualche tempo l'iniziativa sortì gli effetti sperati, in quanto la continua verifica tra le richieste provenienti dai reparti e quanto veniva loro effettivamente consegnato aveva indotto tutti gli operatori coinvolti a prestare maggiore attenzione. Anche i consumi sembravano essere diminuiti significativamente. Tuttavia, una volta caduta la positiva tensione

Tavola 1 - Alcuni indicatori di struttura relativi all'anno 1988

N. DIPENDENTI		N. POSTI LETTO	N. OPERATORI
Tot. U.s.s.l.	Ospedale	Ospedale	Cucina-mensa
1.200	980	610	33

iniziale, cominciarono ad emergere conflitti tra gli operatori della cucina e quelli dell'ufficio dietetico. Da un lato, gli operatori della cucina non riconoscevano alcun ruolo di controllo a quelli dell'ufficio dietetico e, dall'altro, gli operatori dell'ufficio dietetico ritenevano scarsamente qualificante esercitare tale ruolo. L'assenza di un adeguato sistema informativo non agevolava la comprensione dei problemi e nella realtà le valutazioni sulla qualità e sull'efficienza del servizio rimanevano arbitrarie o comunque legate alla discrezionalità di chi effettuava le verifiche sul campo. Per superare le conflittualità tra gli operatori, il Comitato di gestione decise quindi di potenziare l'organico dell'ufficio economato, assumendo un nuovo operatore con il compito di seguire più da vicino i problemi della cucina. Verso la fine del 1988, alcuni componenti del Comitato di gestione sollevarono l'idea di riorganizzare completamente il servizio in modo da allinearsi alle più recenti innovazioni. In realtà, alcuni amministratori e funzionari erano rimasti affascinati dal servizio che qualche ospedale offriva e che avevano avuto modo di apprezzare durante alcuni sopralluoghi. L'entusiasmo aveva contagiato la maggioranza dei componenti del Comitato di gestione che già assaporavano il successo che tale iniziativa avrebbe riscosso. In tale contesto furono avviate le pratiche amministrative per l'acquisizione di attrezzature più moderne e fu affidato al nuovo operatore dell'ufficio economato il mandato di migliorare la gestione del servizio.

## 2. L'analisi del problema

Il funzionario dell'economato, dopo alcune riflessioni ritenne in primo luogo necessario compiere un'analisi della situazione esistente, anche in ragione della genericità del mandato che aveva ricevuto dal Comitato di gestio-

ne. L'obiettivo che si prefiggeva con tale analisi era essenzialmente quello di rilevare ulteriori e più approfonditi elementi di conoscenza della realtà su cui sviluppare l'azione di riorganizzazione. In particolare, si occupò in prima persona di effettuare una serie di osservazioni che riguardarono:

- la ricognizione del numero di operatori complessivamente disponibili e dell'organigramma del servizio;

- la ricostruzione, per ogni operatore, del profilo professionale in modo da verificare l'esperienza, l'anzianità di servizio e, inoltre, le motivazioni e la disponibilità a contribuire alla riorganizzazione;

- l'inventario delle attrezzature tecniche, le modalità di loro utilizzo nei processi produttivi ed il grado di conoscenza della loro funzione da parte degli operatori;

- l'analisi delle procedure in atto per la acquisizione delle derrate alimentari: da chi venivano effettuate e con quali criteri, i controlli che venivano eseguiti, le modalità di stoccaggio e prelievo delle stesse;

- la descrizione dei processi produttivi, così da identificare le linee di attività, le fasi tecniche, la loro sequenza e durata ed i possibili punti di miglioramento.

L'analisi non venne limitata alla cucina ed alle modalità di produzione dei pasti, ma fu estesa a tutte le aree e a tutti gli operatori coinvolti nel processo di ristorazione ospedaliera. Ad esempio, venne osservato l'intero percorso dei carrelli che trasportavano il vitto ai degenti e quali erano le modalità ed i tempi di distribuzione seguiti dal personale ausiliario. Questa fase di analisi durò complessivamente un mese e coinvolse tutti gli addetti al servizio con domande e richieste di suggerimenti. La non specifica conoscenza tecnica dell'operatore dell'ufficio economato costituiva un fondamentale elemento di stimolo e di ap-

profondimento ed, inoltre, agevolava l'individuazione di incongruenze che, probabilmente, sarebbero sfuggite a chi da tempo lavorava nel settore.

Al termine dell'analisi della situazione esistente, furono organizzati dal funzionario dell'economato anche dei sopralluoghi per conoscere e valutare altre esperienze pubbliche e private, coinvolgendo il personale della cucina più disponibile e motivato. Furono formate alcune delegazioni che dovevano analizzare le modalità organizzative e confrontare le diverse esperienze.

Per completare l'analisi del problema, il funzionario si occupò anche della raccolta della letteratura specializzata disponibile.

## 3. La predisposizione del progetto

Il funzionario dell'economato considerava particolarmente critico predisporre un documento progettuale che fornisse al Comitato di gestione tutti gli elementi per poter assumere le decisioni sulla riorganizzazione del servizio di ristorazione e che, inoltre, costituisse un utile punto di riferimento per i vari operatori coinvolti. In particolare, riteneva fondamentale per la riuscita dell'intervento di riorganizzazione esplicitare i seguenti aspetti:

- l'obiettivo del progetto;

- il tempo necessario alla realizzazione dell'obiettivo, in quanto avrebbe costituito un ulteriore elemento di certezza e di responsabilizzazione per tutti i soggetti coinvolti;

- le risorse finanziarie necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo in modo da consentire agli amministratori di valutare la convenienza economico-finanziaria dell'operazione e l'impatto sulla gestione di bilancio della U.s.s.l.;

- i possibili risparmi associati all'intervento;

— il responsabile della realizzazione del progetto;

— gli operatori coinvolti nel progetto che, coordinati dal responsabile, avrebbero dovuto individuare le soluzioni ai diversi problemi.

Dal punto di vista della gestione operativa, il progetto prevedeva espressamente l'attivazione di due

gruppi di lavoro composti da operatori provenienti da tutti i settori coinvolti. Tali gruppi avrebbero dovuto occuparsi di avviare interventi necessari ad adeguare l'organizzazione alle nuove esigenze. A ciascun gruppo erano assegnati compiti e finalità diverse: il primo gruppo, prevalentemente composto da personale di cucina, doveva

individuare soluzioni organizzative e sottoporle alla approvazione del secondo gruppo che, invece, doveva svolgere un ruolo di intermediazione tra tutti i settori coinvolti.

Il progetto nei suoi elementi strutturali e di contenuto (riquadro 1) è stato poi sottoposto all'approvazione dell'organo deliberante.

**Riquadro 1 - Il progetto di riorganizzazione del servizio di ristorazione**

OBIETTIVO	Mediante la riorganizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera si intende realizzare una sostanziale trasformazione nelle modalità di offerta personalizzando il servizio attraverso: la predisposizione di un menù ospedaliero, dare al paziente la possibilità di decidere cosa mangiare attraverso la prenotazione del pranzo/cena.		
COSTI E RICADUTE SUL BILANCIO	<p><i>Risorse tecniche</i> — Opere murarie L. 250.000.000          — Impianti attrezzature L. 500.000.000          — Software hardware L. 46.000.000</p> <p><i>Risorse umane</i> — Da determinarsi in relazione alle soluzioni organizzative da adottare.</p> <p><i>Economie attese</i> — Riduzione per il primo anno di avvio del 5% dei costi relativi alle derrate alimentari e nella successiva fase di consolidamento mantenere l'incremento nei limiti del tasso di inflazione.</p>		
TEMPI	<p style="text-align: center;">G            F            M            A            M</p> <p style="text-align: center;">/-----/-----/-----/-----/-----/</p> <p style="text-align: center;">/-----/</p> <p>Complessivamente era previsto un tempo di realizzazione di 3 mesi.</p>		
RESPONSABILE DEL PROGETTO	Il Coordinatore amministrativo nomina il responsabile di progetto individuandolo nel funzionario dell'ufficio economato.		
IL PERSONALE DEL PROGETTO	<p style="text-align: center;"><i>Responsabile progetto</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>Gruppo n. 1</p> <p>Capo-servizio cucina/mensa                      N. 5 operatori tecnici cuochi                      N. 1 Agente tecnico                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>Gruppo n. 2</p> <p>Respon. ufficio infermieristico                      N. 1 Capo sala                      N. 2 Dietiste                      Resp. serv. economici                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p> </td> </tr> </table>	<p>Gruppo n. 1</p> <p>Capo-servizio cucina/mensa                      N. 5 operatori tecnici cuochi                      N. 1 Agente tecnico                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p>	<p>Gruppo n. 2</p> <p>Respon. ufficio infermieristico                      N. 1 Capo sala                      N. 2 Dietiste                      Resp. serv. economici                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p>
<p>Gruppo n. 1</p> <p>Capo-servizio cucina/mensa                      N. 5 operatori tecnici cuochi                      N. 1 Agente tecnico                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p>	<p>Gruppo n. 2</p> <p>Respon. ufficio infermieristico                      N. 1 Capo sala                      N. 2 Dietiste                      Resp. serv. economici                      N. 1 Rappresentante ufficio di direzione</p>		
<p>Fonte: U.s.s.l. 57</p>			

#### 4. La proposta di riorganizzazione

I gruppi di lavoro si impegnarono innanzitutto a conoscere la situazione esistente ed, in primo luogo, si occuparono di analizzare dettagliatamente il processo di produzione dei pasti.

Fin da subito risultò evidente che l'assetto organizzativo del servizio di cucina-mensa e le procedure in atto erano inadeguate rispetto alle nuove esigenze. La riorganizzazione del sistema di ristorazione personalizzato presupponeva l'inserimento di nuove linee di attività e l'integrazione con quelle esistenti. Inoltre, risultava necessario garantire in qualche modo il coordinamento tra le attività della cucina e quelle della mensa dipendenti, così da razionalizzare l'utilizzo delle risorse tecniche ed umane. Tale intervento richiedeva la riprogettazione dell'intera struttura organizzativa definendo a livello di microstruttura le mansioni, i compiti, le responsabilità, i meccanismi operativi e le risorse tecniche ed umane necessarie.

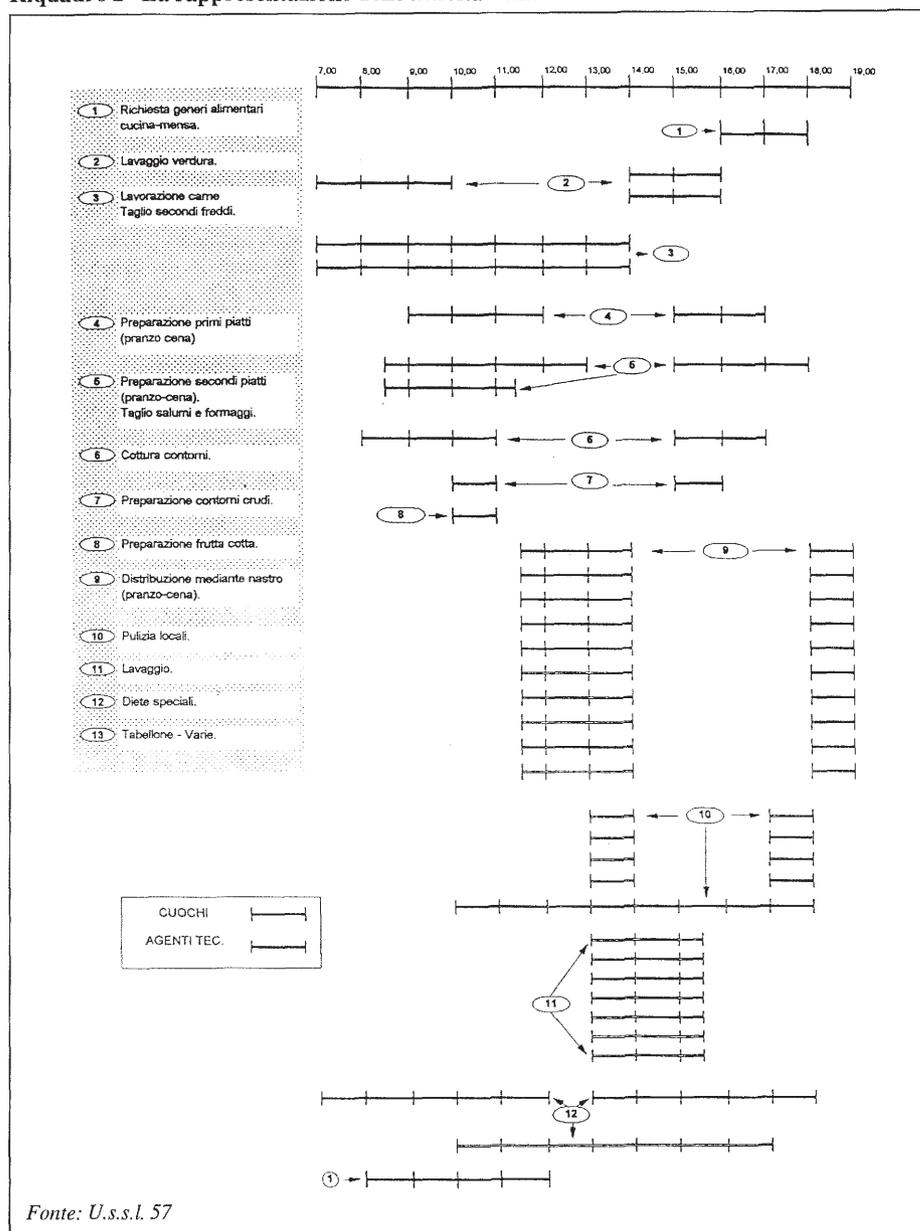
Secondo le valutazioni del primo gruppo di lavoro, i singoli processi di lavoro erano semplici e potevano essere facilmente standardizzati. Tuttavia, nella realtà gli operatori incontravano difficoltà nell'allineare i tempi di realizzazione delle diverse fasi del processo di produzione dei pasti e nel dimensionare correttamente la quantità di derrate alimentari. Queste difficoltà dovevano sicuramente essere superate se si voleva realizzare un sistema di distribuzione del vitto con vassoi personalizzati. Il primo gruppo di lavoro, in buona parte composto da personale della cucina con una approfondita conoscenza delle procedure in atto, decise di provare a ricostruire le diverse linee di attività già presenti e quelle che sarebbe stato necessario introdurre sia per la cucina degen-  
genti sia per la mensa dipendenti. Per

il gruppo di lavoro risultò relativamente agevole individuare le linee di attività e, per ognuna di esse, definire il tempo necessario, chi doveva presidiare tale attività il numero di addetti e quali erano le professionalità necessarie. Allo scopo di verificare la presenza di eventuali colli di bottiglia o sovraccarichi di lavoro, venne messa a punto una specifica forma di rappre-

sentazione (riquadro 2 e riquadro 3) consentì al gruppo di lavoro di riorganizzare al meglio le attività e di garantire il coordinamento tra le diverse fasi.

Successivamente, il gruppo di lavoro cominciò ad affrontare la questione di come motivare gli operatori del servizio. L'esigenza sentita era quella di creare un'organizzazione flessibile ed

Riquadro 2 - La rappresentazione delle attività della cucina



attenta a cogliere ed a valutare il livello di soddisfazione degli utenti. Tra i componenti del gruppo era diffusa l'opinione secondo cui occorre trovare modalità alternative che incentivassero le persone alla realizzazione degli obiettivi di qualità e di efficienza e che favorissero la loro partecipazione attiva nella formulazione di proposte e di suggerimenti.

Dopo alcune valutazioni il gruppo di lavoro decise di modificare la struttura organizzativa del servizio cucina-mensa in modo da soddisfare tali esigenze ( riquadro 4). In particolare, il gruppo di lavoro ipotizzò la creazione di una struttura organizzativa basata, in primo luogo, sull'individuazione di precise responsabilità per ciascuna delle diverse linee di attività individuate e, in secondo luogo, sull'assegnazione di tali responsabilità a quegli operatori che, al di là della posizione formale, risultavano in grado di ricoprire tale ruolo e garantire il coordinamento a livello complessivo. La realizzazione della nuova struttura organizzativa presupponeva una vera e propria inversione di tendenza rispetto al passato. In effetti, la preesistente organizzazione era basata su una unica figura di responsabilità, quella del capocuoco, con funzioni dirette di controllo e di coordinamento su tutti gli operatori, cuochi ed agenti tecnici. Tale organizzazione non prevedeva alcun decentramento di responsabilità e non contemplava meccanismi premianti capaci di far emergere il valore professionale e l'impegno degli addetti.

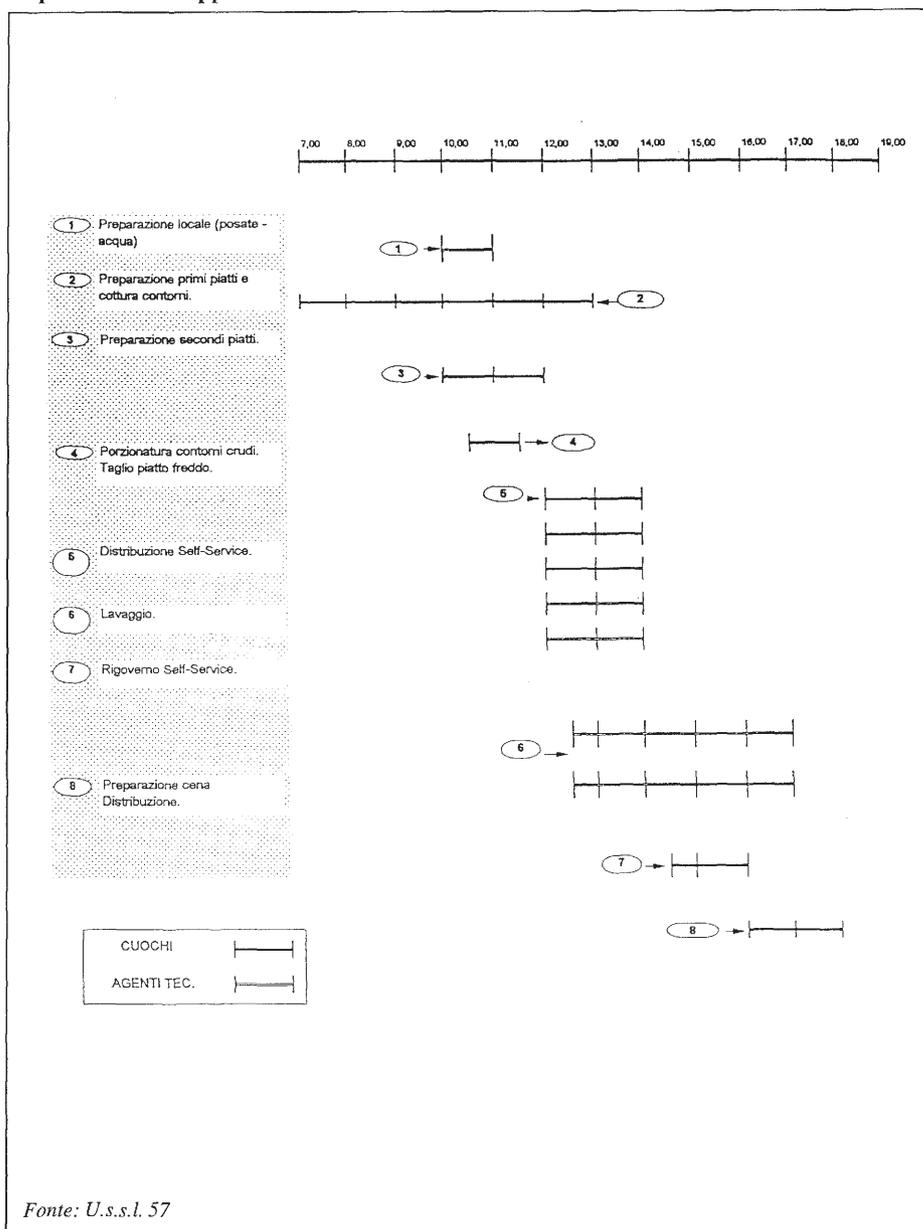
Il modello organizzativo proposto dal gruppo risultava più complesso, ma coerente con gli orientamenti ed i bisogni rilevati dal gruppo di lavoro: garantire il coordinamento, responsabilizzare, chiarire a tutti gli operatori che cosa, come e quando fare; creare un'organizzazione motivante in grado di premiare l'impegno e la professionalità dei singoli.

### 5. La negoziazione con le organizzazioni sindacali

La proposta formulata dal gruppo di lavoro venne successivamente sottoposta al Comitato di gestione e, trattandosi di organizzazione del lavoro, venne anche discussa con le organizzazioni sindacali (OO.SS.).

I gruppi di lavoro avviarono le negoziazioni con i diversi organismi nella piena convinzione di aver elaborato una proposta coerente con le più avanzate tendenze organizzative volte a motivare, valorizzare e responsabilizzare gli operatori. L'ottimismo e la fiducia si scontrarono però con le convinzioni della maggioranza dei rappresentanti delle OO.SS., che sostene-

**Riquadro 3 - La rappresentazione delle attività della mensa**



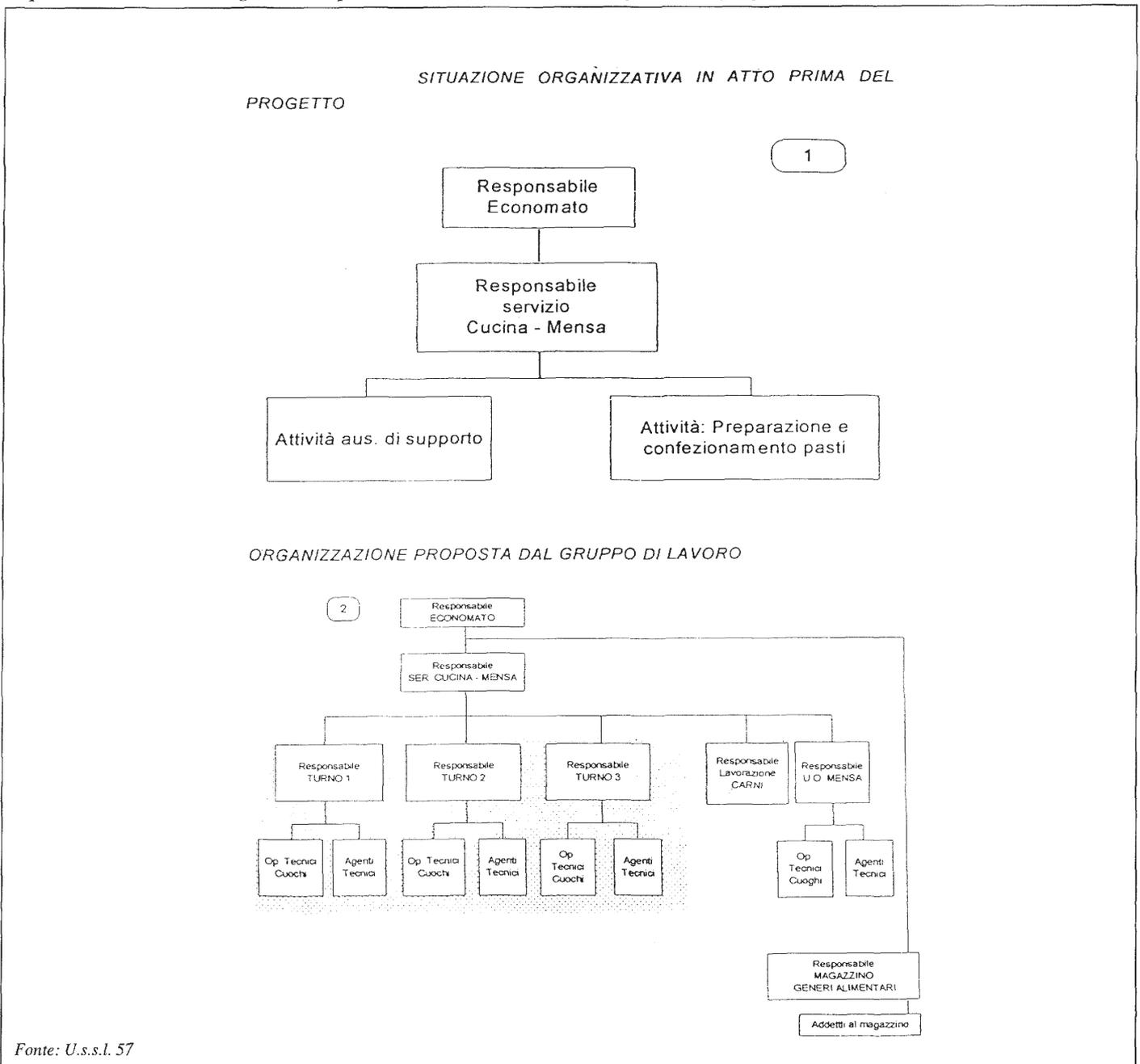
vano con forza la sostituibilità degli operatori nell'ambito dello stesso ruolo. Secondo tale posizione la differenziazione e l'assunzione di responsabilità specifiche su alcune attività non era attuabile «tutti i cuochi sono in grado di fare tutto...» la responsabiliz-

zazione può essere attuata mediante la rotazione delle mansioni».

Il risultato dell'incontro aveva prodotto sconforto nel gruppo di lavoro e fra coloro, addetti alla cucina e personale infermieristico, che avevano avvertito nella proposta un'opportunità

di cambiamento sostanziale. L'effetto immediato fu quello di incentivare gli atteggiamenti di inerzia e di resistenza al cambiamento che erano stati fino ad allora contenuti. Le probabilità di proseguire nel progetto di riorganizzazione sembravano ormai sfumate e la si-

**Riquadro 4 - La struttura organizzativa preesistente e la nuova struttura organizzativa proposta dal gruppo di lavoro**



tuazione del servizio pareva, piuttosto, peggiorata. I componenti dei gruppi di lavoro avevano perso credibilità nei confronti del resto dell'organizzazione e, inoltre, erano particolarmente demotivati per il ritorno alla quotidianità ed ai problemi di sempre.

Dopo un periodo di notevole turbolenza e di elevata conflittualità, la situazione venne sbloccata dagli stessi componenti del primo gruppo di lavoro e da alcuni loro colleghi che, consapevoli del precipitare della situazione, raccolsero il consenso formale di un notevole numero di operatori della cucina e richiesero la revisione degli accordi sindacali. Le OO.SS. si resero disponibili ad un altro incontro e, preso atto della criticità della situazione, rettificarono l'accordo secondo l'originaria proposta elaborata dal gruppo di lavoro.

## **6. La definizione della scheda di prenotazione dei pasti**

Un ulteriore punto critico riguardava la realizzazione di un sistema informativo in grado di sopportare un servizio di ristorazione personalizzato, come era appunto quello previsto nel progetto.

Già nel corso delle prime indagini presso altre realtà, gli operatori della U.s.s.l. n. 57 si erano resi conto delle difficoltà legate alla gestione di una quantità considerevole di dati. In effetti, fornire ad ogni paziente la possibilità di prenotare i piatti inseriti nel menù per il pranzo e la cena significava disporre di un sistema che raccogliesse tale tipo informazione e la elaborasse in modo utile a programmare le varie linee di attività. Peraltro, in nessuna delle realtà indagate, tale problematica era stata risolta in modo soddisfacente. In alcuni casi si ricorreva al caricamento manuale dei dati su supporti informatici, in altri casi le possibilità di scelta dei pazienti veni-

vano limitate a pochi menù tradotti in schede di vario colore (menù blu, menù rosso, ecc.), riducendo di fatto le combinazioni dei piatti e quindi la scelta del paziente. Tali soluzioni presentavano il difetto di appesantire il lavoro del personale di reparto, con il rischio di incontrare resistenze ed ostacoli alla loro realizzazione, senza peraltro tradursi in vantaggi significativi per gli utenti. I gruppi di lavoro si impegnarono quindi nella ricerca di una soluzione che, da un lato, ampliasse il più possibile le possibilità di scelta dei pazienti e, dall'altro, semplificasse la fase di prenotazione in modo da evitare lunghe e noiose operazioni di caricamento dati. In entrambi i gruppi di lavoro vennero elaborate numerose idee e proposte, tra le più disparate e stravaganti. In sede di discussione, i componenti dei gruppi lasciarono libero spazio alla fantasia e alla proposizione di soluzioni anche al limite del possibile. Questo metodo di lavoro, che solo successivamente i componenti dei gruppi riconobbero come il metodo del pensiero divergente, produsse l'originale idea di una scheda di prenotazione che, analogamente alla schedina del Totocalcio, era predisposta per la lettura ottica e poteva contenere in un unico foglio numerosissime informazioni (riquadro 5). Anche dal punto di vista della fattibilità, la soluzione ipotizzata dai gruppi presentava numerosi vantaggi in quanto poteva essere realizzata a costi relativamente contenuti e snelliva considerevolmente il processo di caricamento ed elaborazione dei dati. Riscosse anche successo presso il personale dei reparti che la ritenne semplice e di facile introduzione, in quanto consentiva di condensare in un solo foglio tutte le prenotazioni di un reparto.

Questa problematica venne quindi superata brillantemente dai gruppi di lavoro e, inoltre, contribuì a dare pre-

stigio e carica a tutti gli operatori coinvolti nel progetto.

## **7. La gestione dei magazzini**

Meno originale, ma altrettanto efficace, fu la soluzione adottata per la gestione dei magazzini alimentari.

I gruppi di lavoro individuarono, tra le varie procedure informatiche già disponibili per la contabilità di magazzino, quella che meglio poteva adattarsi alle condizioni presenti nella realtà di Melegnano. La procedura venne poi successivamente introdotta, senza particolari problemi, dopo un lavoro di ridefinizione delle procedure di carico e scarico (riquadro 6) svolto direttamente dall'operatore dell'economato responsabile del progetto. Attualmente, la procedura fornisce regolarmente informazioni sui consumi di derrate alimentari e di altre tipologie di beni utilizzati dal servizio cucina-mensa.

## **8. Il questionario per la verifica della qualità**

Al fine di controllare il livello qualitativo del servizio e motivare tutti gli operatori coinvolti nel processo di ristorazione, i gruppi di lavoro pensarono anche di introdurre qualche meccanismo per la verifica di qualità.

Alcuni componenti dei gruppi avevano già analizzato altre esperienze dove il giudizio di gradimento del paziente veniva raccolto attraverso un questionario. L'idea del questionario era apprezzata, ma venne osservato che quasi tutti i quesiti trattavano aspetti marginali e, soprattutto, non facevano esprimere il paziente su una serie di questioni fondamentali dal punto di vista della qualità complessiva del servizio. Secondo l'opinione diffusa tra i componenti dei gruppi, il questionario avrebbe dovuto monitorare l'intero processo di ristorazione e



consentire di separare i giudizi in relazione alle diverse aree di responsabilità. I gruppi di lavoro identificarono quindi 6 aree di indagine e, per ciascuna area, identificarono i diversi settori coinvolti (riquadro 7). Il passo successivo fu quello di definire per ciascuna area di indagine delle domande a risposte chiuse (riquadro 8).

A titolo esemplificativo, per l'area di indagine riferita all'aspetto della socializzazione è stata definita una sola domanda «consuma il pranzo/cena nella camera di degenza?», per tale domanda la risposta può essere «sì — qualche volta — no». Tale domanda è volta a verificare se i pazienti si servono dei soggiorni at-

trezzati per il pranzo e la cena ed il fatto che vengano o meno utilizzati dipende dalle capo-sala. Per l'area di indagine relativa all'attenzione nei confronti dell'utente sono state definite 3 domande «Ha potuto prenotare regolarmente il pranzo e la cena?» dove la responsabilità è alternativamente quella delle capo-sala o quella del responsabile della cucina.

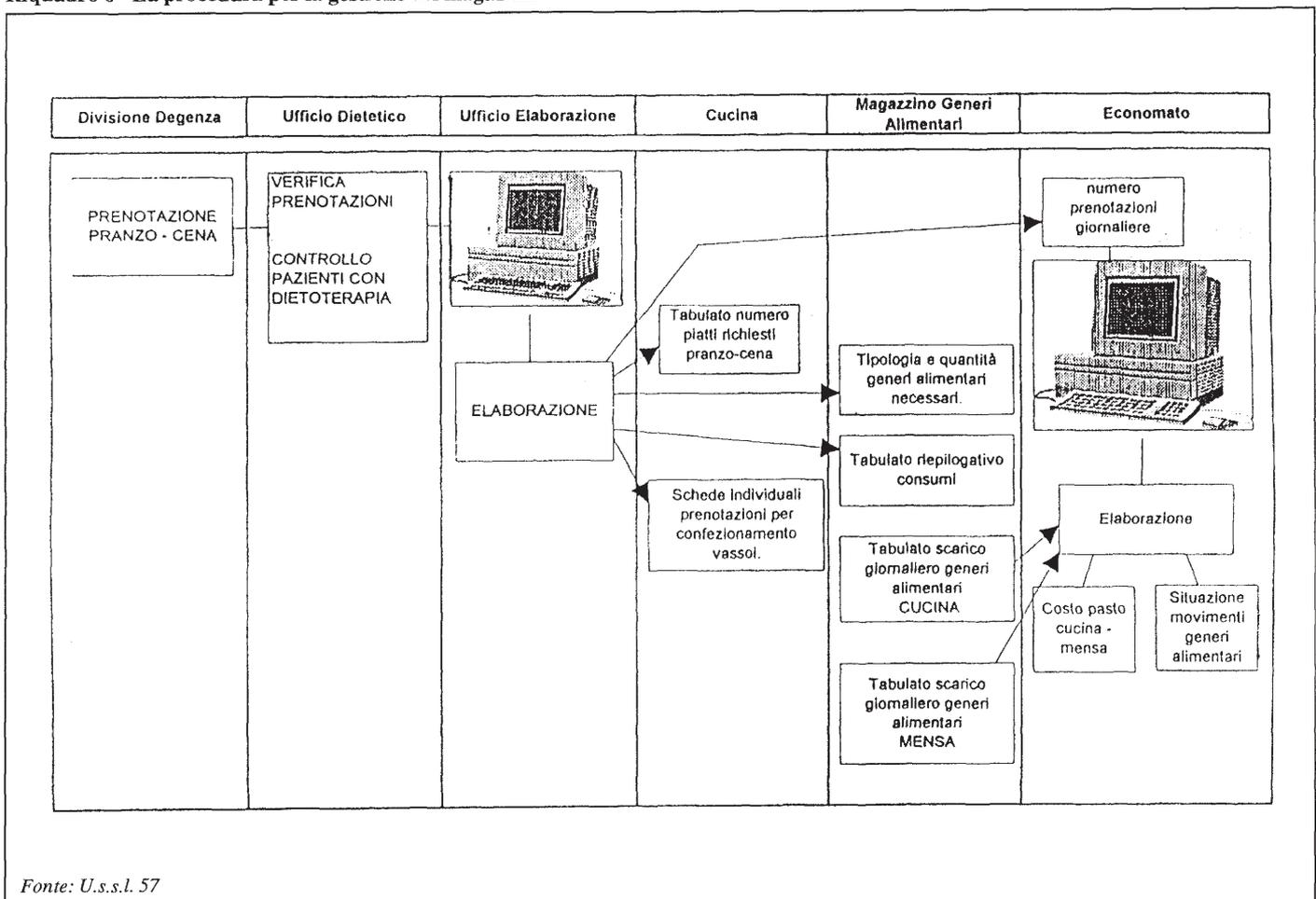
### 9. La costituzione dell'unità di valutazione

Per ovvi motivi di attendibilità, le attività di somministrazione del questionario ai pazienti e di loro elaborazione non potevano essere affidate al

personale della cucina o al personale di reparto.

I gruppi di lavoro, dopo lunghe discussioni, hanno così proposto di attivare una apposita unità di valutazione composta da personale sia dell'ufficio dietetico sia dei reparti. Tale unità, oltre ad analizzare in piena autonomia i risultati dei questionari, ha attualmente il compito di rapportarsi con i diversi settori coinvolti per superare gli eventuali problemi segnalati dai pazienti. Secondo quanto concordato, l'unità di valutazione dovrebbe effettuare almeno 4 verifiche all'anno su tutti i reparti contemporaneamente. Ad oggi, sono state effettuate 2 verifiche, una nel mese di aprile ed una nel

**Riquadro 6 - La procedura per la gestione dei magazzini**



Riquadro 7 - Uno schema di riferimento per la progettazione del questionario di valutazione

DOMANDE	AREA DI INDAGINE	SETTORI COINVOLTI
n. 1	Aspetto della socializzazione	Responsabili di reparto
n. 2	Verifica del rispetto delle abitudini dei pazienti	Direzione sanitaria Responsabili di reparto Responsabile servizio economato
nn. 3-4-5	Rileva l'attenzione nei confronti dell'utente	Responsabili di reparto Responsabile servizio cucina
n. 6	Misura le condizioni igieniche percepite	Responsabili di reparto Responsabile servizio cucina
nn. 7-8-9-10-11	Valutazione organolettica del pasto	Responsabile servizio cucina
n. 12	Rileva un giudizio complessivo sulla qualità del pasto	Responsabile servizio cucina

Fonte: U.s.s.l. 57

mese di maggio del 1994. In generale, le valutazioni sul servizio sono risultate positive ed hanno anche consentito di modificare comportamenti consolidati. Ad esempio, quello di continuare a distribuire i pasti nelle camere di degenza anziché utilizzare gli appositi spazi attrezzati.

### 10. La cartella informativa per gli utenti

Già nel corso della predisposizione del questionario di valutazione, i gruppi di lavoro avevano rilevato alcuni aspetti poco qualificanti del servizio di ristorazione che potevano essere facilmente superati. Ad esempio, le capo-sala avevano segnalato alcune disfunzioni del servizio legate al fatto che il personale di reparto, impegnato in altre attività, non sempre forniva ai pazienti tutte le informazioni utili sul funzionamento del servizio. I gruppi decisero di affrontare la questione posta dalle capo-sala ed idearono una apposita cartella informativa da consegnare ai pazienti al momento del ricovero. Tale cartella contiene tutte le informazioni necessarie al paziente sul servizio di ristorazione ed, inoltre, alcune note di

educazione alimentare. In particolare, tale cartella chiarisce:

- i compiti del servizio di cucina ed i compiti del servizio dietetico;
- gli orari di distribuzione dei pasti;
- le caratteristiche generali del menù;
- le modalità di prenotazione dei pasti;
- alcune note di educazione alimentare con uno schema di valutazione del proprio peso;
- le modalità per esprimere i giudizi di gradimento o meno del servizio ed eventuali suggerimenti.

La chiarezza delle informazioni e lo stile grafico particolarmente curato della cartella informativa hanno sicuramente contribuito a garantire il suo regolare utilizzo e, ancora oggi, rappresenta uno strumento di comunicazione particolarmente apprezzato sia da pazienti, sia dal personale di reparto.

### 11. Il nuovo servizio di ristorazione

Il servizio di ristorazione è attualmente composto dal servizio dietetico e dal servizio di cucina-mensa. Il servizio dietetico provvede alla elaborazione di diete appropriate per le malat-

tie che richiedono alcune avvertenze quali, ad esempio, il diabete, l'ipertensione, l'ulcera o le cardiopatie. Una sezione apposita del servizio dietetico provvede, inoltre, alla formulazione ed alla preparazione di quelle miscele nutritive destinate ai pazienti che non possono alimentarsi per via naturale. Il contatto quotidiano con i pazienti, il personale di reparto ed il personale di cucina costituisce un momento fondamentale per gli operatori del servizio dietetico. Il servizio di cucina-mensa si occupa della preparazione del pranzo e della cena per i dipendenti e per i degenti, del confezionamento dei vassoi, del loro trasporto ai reparti e della distribuzione dei pasti nella mensa dipendenti. La cucina, oltre alle diete ordinarie, prepara anche un numero significativo di diete speciali per pazienti affetti da particolari patologie. Ogni anno, vengono confezionati, in media, 320.000 pasti, di cui 18.000 diete speciali. Gli operatori della cucina, in gran parte cuochi specializzati, collaborano quotidianamente con il servizio dietetico perché il menù risulti soddisfacente sia per i pazienti che per i dipendenti.

L'attuale menù destinato ai degenti è stato formulato, dal punto di vista sia

**Riquadro 8 - Il questionario di valutazione**

UN QUESTIONARIO PER FARVI STAR MEGLIO

Per valutare se un servizio funziona, se è efficiente e se risponde alla finalità per cui è stato creato, non si può prescindere dal giudizio di coloro, gli utenti, che lo usano quotidianamente.

Per questa ragione, mediante la compilazione del questionario, vogliamo sapere da Lei se il servizio di ristorazione ospedaliero ha risposto alle Sue aspettative, se le Sue esigenze sono state considerate e soddisfatte.

Inoltre vogliamo raccogliere critiche, proposte e suggerimenti per migliorare il servizio.

Le chiediamo cortesemente di dedicarci un pò del suo tempo e della Sua attenzione per compilare il questionario proposto.

Per rispetto della riservatezza di ciascuno il questionario è redatto in forma anonima; chi volesse, naturalmente, potrà in ogni caso apporre la propria firma.

Il personale incaricato si occuperà della distribuzione e del ritiro.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto e un augurio di pronta guarigione.

- Consuma il pranzo/cena nella camera di degenza?
- Ritieni adeguati gli orari del pranzo e cena?
- Ha potuto prenotare regolarmente il pranzo e la cena?
- Ha sempre ricevuto i piatti prenotati?
- Il pranzo e la cena sono stati serviti con puntualità?
- Il pranzo e la cena sono serviti in condizioni igieniche:
- La varietà del menù è:
- La temperatura del vitto è:
- Le porzioni sono:
- Al gusto i cibi sono:
- La cottura della vivande è:
- Complessivamente la qualità del pasto è:

Ulteriori osservazioni:

---



---



---



---

Fonte: U.s.s.l. 57

qualitativo sia quantitativo, tenendo conto delle esigenze di una persona ricoverata e allettata. Sono state altresì formulate due versioni, una estiva ed una invernale, che ogni anno vengono riviste e modificate in base alle osservazioni effettuate dal personale del servizio dietetico. Il menù, diverso per ogni giorno della settimana, prevede un'ampia scelta:

— 2 primi piatti, uno in brodo ed uno asciutto;

— 5 secondi piatti a pranzo, quattro a base di carne e uno a base di formaggio secco o stagionato;

— 4 secondi piatti a cena (affettato, formaggio fresco, formaggio stagionato, carne o pesce o uova);

— 3 contorni (patate o purè, verdura cotta o cruda);

— frutta fresca o cotta, yogurt, pane e dolce nei giorni festivi.

Nel menù sono stati inoltre recentemente introdotti alcuni secondi piatti alternativi preparati con legumi e derivati della soia che costituiscono una valida alternativa alla carne dal punto di vista nutrizionale.

Il paziente a dieta ordinaria può prenotare il pasto che desidera consumare a pranzo e a cena.

La prenotazione avviene normalmente il giorno prima per il giorno dopo. Incaricato della prenotazione è il personale di reparto. Tutte le prenotazioni vengono elaborate in modo tale da programmare la preparazione dei pasti richiesti che, successivamente, vengono consegnati ai pazienti su appositi vassoi personalizzati. Gli orari di distribuzione dei pasti tengono conto delle abitudini dei pazienti: il pranzo viene servito dalle ore 12.00 alle ore 12.40 e la cena dalle ore 18.30 alle ore 19.00.

Anche nel caso della mensa dipendenti, è prevista un'ampia varietà di piatti e combinazioni, che cambiano ogni giorno. Il servizio di mensa è aperto dalle ore 12.00 alle ore 14.30 e

dalle ore 18.00 alle ore 19.00 tutti i giorni della settimana.

In sintesi, l'attuale servizio di ristorazione si caratterizza principalmente per i seguenti aspetti:

— elevata qualità in relazione ad altre realtà pubbliche e private per varietà del menù, temperatura del cibo ed orari di distribuzione;

— contenimento dei costi grazie al sistematico controllo delle attività e dei consumi supportato da un adeguato sistema informativo (il costo delle derrate alimentari è di lire 3.807 per pasto-mensa e di lire 3.759 per pasto-degenti; il costo pieno, comprensivo di tutte le voci è di lire 6.482 per pasto-mensa e di lire 9.496 per pasto-degenti);

— elevato grado di responsabilizzazione e di motivazione degli operatori coinvolti nel processo di ristorazione (servizio dietetico, servizio cucina-mensa e personale di reparto);

— coinvolgimento attivo degli operatori e degli utenti nel processo di verifica della qualità del servizio.

## 12. Alcune considerazioni conclusive

La rapidità e la complessità delle trasformazioni a cui sono chiamate le U.s.s.l. tende ad evidenziare sempre più al loro interno due diverse realtà: quella di chi si occupa prevalentemente di attività ripetitive e routinarie, con pochi cambiamenti, e quella di chi lavora su progetti innovativi sperimentando nuovi stili e modalità di lavoro. L'intervento di riorganizzazione descritto si inserisce in questa seconda realtà. Alcuni operatori della U.s.s.l. n. 57 appartenenti a differenti unità organizzative: 1) hanno lavorato insieme per realizzare un comune obiettivo; 2) hanno affrontato problemi che non rientravano espressamente nei loro compiti istituzionali; 3) hanno definito soluzioni originali; 4) hanno su-

perato le numerose resistenze al cambiamento che provenivano da un contesto abituato a ragionare per settori e per mansioni e, infine, 5) sono riusciti a portare a termine con successo la riorganizzazione di un servizio, che rischiava di essere chiuso, risolvendo i problemi di integrazione e migliorando sostanzialmente la qualità del servizio. Pertanto il valore dell'intervento non è solo rappresentato dall'obiettivo raggiunto, dal nuovo servizio realizzato, ma dall'esperienza accumulata per raggiungere tale obiettivo. In particolare, è possibile identificare alcune condizioni ed azioni che hanno reso possibile o, comunque, facilitato la sua realizzazione.

1. In primo luogo, la predisposizione di un progetto preliminarmente all'avvio dell'intervento di riorganizzazione ha sicuramente orientato il percorso operativo ed ha costituito un importante stimolo alla realizzazione degli impegni che le varie parti, responsabile di progetto, gruppi di lavoro e Comitato di gestione si erano assunte. Definire chi fa che cosa non ha rappresentato una formula magica, ma ha sicuramente costituito un importante passo per l'assunzione di precise responsabilità sulla riorganizzazione del servizio.

2. Il responsabile di progetto si è rivelata una figura centrale per il successo dell'intervento, non per la sua specifica conoscenza del settore, ma per la sua capacità di cogliere gli aspetti critici, che potevano condizionare la riuscita dell'intervento, e per la sua capacità di trovare adeguate modalità per coinvolgere, e poi coordinare, numerosi operatori. È sicuramente da evidenziare che i componenti dei gruppi di lavoro appartenevano a settori diversi e che i loro rapporti professionali erano spesso stati, in passato, conflittuali.

3. Un altro fattore critico di successo è individuabile in alcune iniziative di

formazione che, seppur non attinenti con l'intervento di riorganizzazione del servizio di ristorazione, avevano contribuito a creare un ambiente ricettivo alla trasformazione, sensibile alle esigenze di rendere efficace ed efficiente il servizio pubblico e culturalmente predisposto a misurarsi con nuove esperienze gestionali. Proprio tra gli operatori più motivati che avevano partecipato a tali iniziative di formazione, il responsabile del progetto individuò i componenti dei gruppi di lavoro.

4. La continua critica e messa in discussione a cui erano sottoposti gli operatori di cucina, la cattiva fama del servizio di ristorazione ed il clima di attesa che si era creato dopo la decisione del Comitato di gestione di investire per la sua riorganizzazione, hanno sicuramente fornito non pochi stimoli a risolvere il più brillantemente possibile una situazione che sembrava quasi irrecuperabile. I componenti dei gruppi di lavoro, che quotidianamente si misuravano con i problemi legati alla ristorazione ospedaliera, si rendevano conto che realizzare il progetto poteva rappresentare per loro una rilevante opportunità di riqualificazione professionale. In modo particolare, il personale addetto alla cucina-mensa

non intendeva perdere questa occasione per riscattarsi dopo un lungo periodo di conflitti con il personale di reparto e per evitare il possibile appalto del servizio di cucina/mensa a società private. Tale eventualità, non rappresentava ancora una prossima minaccia, ma la probabile conseguenza della incapacità di riorganizzarsi. Durante i sopralluoghi effettuati nella fase di stesura del progetto, gli operatori avevano infatti potuto constatare che il ricorso a società private era stata la soluzione adottata da alcune U.s.s.l. che si trovavano in analoghe situazioni.

5. Il contesto carico di incertezze ha portato gli operatori della cucina, e poi tutti gli altri operatori, a rendersi disponibili al confronto e a tenere conto di tutte le esigenze, anche quelle che potevano sembrare irrilevanti o strumentali. Il nuovo atteggiamento di marcata disponibilità si rifletteva anche nel linguaggio usato dai componenti dei gruppi di lavoro, che avevano bandito dal loro vocabolario frasi ricorrenti nell'ambiente degli operatori pubblici, quali «non mi compete» o «il mansionario non lo prevede». L'atteggiamento di propensione all'ascolto, tuttavia, non è emerso immediatamente tra i componenti dei gruppi di

lavoro, ma è progressivamente maturato con la consapevolezza che le soluzioni ai problemi del servizio di ristorazione passavano necessariamente attraverso la collaborazione ed il consenso di tutti quanti, operatori e utenti, interagivano a vario titolo nel processo di produzione e distribuzione dei pasti.

6. Il successo del progetto complessivo è anche dipeso dalla capacità dei gruppi di lavoro di affrontare e risolvere i problemi mediante soluzioni efficaci ed originali, che hanno aumentato la credibilità ai componenti dei gruppi di lavoro e favorito la loro opera di innovazione del servizio di ristorazione. Nell'esperienza descritta, alcune idee, in particolare quella della scheda di prenotazione dei pasti, hanno riscosso successo anche all'esterno della U.s.s.l. Nel caso specifico, il riscontro più importante è venuto dai professionisti privati e pubblici del settore della ristorazione che hanno accolto la soluzione messa a punto dai gruppi di lavoro come la risposta ideale ai loro maggiori problemi di controllo gestionale. Questa idea originale ha consentito di superare un nodo critico e nello stesso tempo galvanizzato il gruppo di progetto.

# LA CONTABILITÀ DEI COSTI NELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI: L'ESPERIENZA TOSCANA

di Luca Del Bene

Dipartimento di economia aziendale «Egidio Giannesi» - Università degli studi di Pisa

SOMMARIO: 1. La determinazione del piano dei centri di costo - 2. Le modalità di rilevazione dei costi - 3. Alcune considerazioni sull'attivazione del sistema - 4. Considerazioni conclusive.

## 1. La determinazione del piano dei centri di costo

L'esigenza di conoscere l'aspetto economico della gestione risulta elemento necessario per poter impostare l'attività di qualsiasi azienda, e quindi anche della U.s.l., su basi razionali, poiché è possibile così implementare le alternative decisionali ritenute più congrue rispetto agli obiettivi, distribuire razionalmente le risorse scarse e controllare (1) il loro utilizzo e la coerenza tra indirizzi perseguiti e previsti. In particolare, tale necessità viene sentita anche nelle U.s.l. toscane nella seconda metà degli anni ottanta (2), sotto le spinte derivanti sia dal mondo accademico che dall'opinione pubblica, relative alla necessità che l'impiego delle risorse in sanità venisse tenuto maggiormente sotto controllo, visto che la spesa sanitaria cresceva continuamente (ed in modo consistente) e i servizi risultavano carenti sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo; a questo andava aggiunta l'insufficienza del sistema informativo presente nelle U.s.l. a far fronte ai fabbisogni relativi alla conoscenza sulle modalità di impiego delle risorse (3). È stata, in pratica, accolta la tesi che anche in queste unità economiche la funzione istituzionale per cui sono state create

può essere adeguatamente svolta solo se esistono processi economici di produzione capaci di creare ricchezza anziché distruggerla (4), inserendo in primo luogo, opportuni strumenti per la loro conoscenza e valutazione (5).

Il progetto aveva una portata notevole poiché non si trattava solamente di introdurre nuovi sistemi informativi, ma soprattutto di creare un substrato culturale tale da permettere un concreto e positivo utilizzo delle informazioni prodotte. Ecco perché la Regione, in principio, si è fatta promotrice dell'organizzazione di corsi di formazione, rivolti ai dirigenti delle U.s.l. toscane, nei quali venivano illustrati sia gli aspetti tecnici del sistema (e la relativa strumentazione), sia l'obiettivo a cui il sistema stesso tendeva. Successivamente è stato deciso di dare attuazione concreta al progetto, individuando alcune U.s.l. in cui implementare il sistema. Le U.s.l. scelte furono quelle che si mostrarono particolarmente ricettive nei confronti delle istanze poste dal progetto ed in cui erano presenti professionalità adeguate allo scopo (6).

Si costituirono all'interno delle varie U.s.l. gruppi di lavoro composti da operatori derivanti dalle diverse aree funzionali, secondo le indicazioni fornite dalla Regione. Questo tipo di

composizione avrebbe dovuto favorire una più razionale strutturazione ed attivazione del sistema risultando il frutto dell'apporto specialistico delle varie aree, in modo che il sistema stesso tenesse conto delle particolarità e delle esigenze conoscitive di ognuna di queste.

Il primo problema che il gruppo di lavoro ha dovuto affrontare fu quello della creazione del piano dei centri di costo. In tal senso la Regione aveva fornito una duplice tipologia di informazioni: la prima relativa alle procedure che potevano essere seguite nella determinazione del piano dei centri di costo e la seconda relativa ad un piano di centri *standard* già predisposto.

In relazione al primo aspetto sono state individuate due procedure definite sintetica e analitica (7). Con la prima, il gruppo di lavoro, dopo aver ricostruito l'organigramma dei servizi, l'organico presente e le attività svolte in ogni unità operativa o ufficio, avrebbe dovuto coinvolgere solamente i responsabili dei servizi relativamente all'esame ed alla eventuale revisione del piano predisposto dal gruppo stesso.

Con la seconda procedura, invece, il grado di coinvolgimento era maggiore in quanto venivano effettuate interviste ai responsabili delle diverse unità

operative circa il personale presente, le attività svolte, gli eventuali rapporti con altre unità operative, la tecnologia disponibile, l'acquisto di prestazioni esterne, la procedura di acquisizione di servizi esterni e le modalità di richiesta dei beni. Sulla base di queste informazioni il gruppo di lavoro avrebbe predisposto il piano dei centri da sottoporre alla discussione con i responsabili dei servizi.

La procedura analitica, pur comportando un dispendio di tempo sicuramente superiore, ha il vantaggio di coinvolgere un numero molto più ampio di operatori, fatto utile sotto diversi punti di vista: innanzitutto si ottengono informazioni più precise circa la struttura della U.s.l., che possono risultare molto importanti al momento in cui dovranno essere attribuite le responsabilità economiche; in secondo luogo, tale ampio coinvolgimento permette di allargare il consenso circa l'introduzione del sistema, facendone conoscere maggiormente anche gli aspetti tecnici, cosa che, almeno all'inizio è invece patrimonio solo di pochi (8).

In relazione alla seconda tipologia di informazioni che la Regione aveva diffuso, queste facevano riferimento, come detto, ad un piano dei centri di costo a cui tutte le U.s.l. avrebbero dovuto poter ricondurre quelli approvati singolarmente. Infatti, poiché non risulta possibile creare un piano dei centri di costo standardizzato per tutte le U.s.l. a causa delle diversità esistenti nella tipologia dei servizi offerti e nelle modalità organizzativo-produttive con cui questi vengono erogati, la Regione ha, in ogni caso, creato un punto di riferimento per poter effettuare confronti omogenei di tipo spazio-temporale tra le diverse U.s.l. Di fatto, quindi, l'unico vincolo alla libertà delle U.s.l. era la necessità di poter ricondurre i piani singolarmente predisposti nell'ambito di quello regionale, an-

che mediante l'utilizzo di codici per la transcodifica.

Un'altra scelta di fondo, che si poneva in fase di avvio del sistema, era quella relativa alla minore o maggiore analiticità del piano. Com'è noto i criteri di carattere generale a cui far riferimento per l'individuazione di un centro sono relativi alla omogeneità dell'attività svolta nel centro, alla omogeneità dei fattori produttivi impiegati, alla rilevanza dei costi sostenuti nel centro (9). Conseguentemente, doveva essere effettuata un'analisi del processo organizzativo-produttivo dei servizi erogati (10), in modo da verificare l'eventuale conferenza di diverse unità operative nel percorso erogativo, nonché le modalità tecniche di svolgimento del processo. Si possono infatti verificare situazioni in cui, al risultato finale, partecipano diverse unità operative le quali devono contribuire in modo coordinato dal punto di vista spazio-temporale al processo (11). Dall'altro lato, l'analisi dello svolgimento del processo dal punto di vista tecnico consente di evidenziare l'esigenza e/o la possibilità di misurare il consumo di risorse delle varie fasi che lo compongono. Infatti, esistono nella U.s.l. processi composti da attività che contribuiscono in modo differenziato all'ottenimento del risultato finale e per le quali è utile quindi conoscere le modalità di svolgimento dal punto di vista economico. Vi sono poi altre situazioni in cui invece le diverse attività contribuiscono in modo omogeneo all'ottenimento del risultato finale, oppure sono talmente interrelate tra loro da rendere pressoché impossibile la loro misurazione singola, concentrando l'attenzione, conseguentemente, sul processo nel suo insieme (12). Altre situazioni particolari fanno riferimento alla maggiore o minore divisibilità dei fattori per i quali varia, in relazione a tale parametro, la possibilità di misurarne il contributo econo-

mico allo svolgimento di certe attività; inoltre la scarsa standardizzabilità e prevedibilità di certe operazioni condiziona sia il calcolo delle risorse consumate sia l'eventuale utilizzazione dei costi *standard* per la programmazione e il controllo della gestione. Un'ipotesi di specializzabilità dei fattori è rappresentata ad esempio dalle sale radiologiche per le quali è stato possibile identificare un centro di costo in corrispondenza delle diverse tipologie di sale.

Tutto questo evidenzia una situazione in cui l'analisi organizzativa non è sufficiente a coprire il fabbisogno informativo utile per creare il piano dei centri: si deve far riferimento ai risultati della doppia analisi organizzativo-economica dei processi, affinché il piano dei centri possa fungere da strumento utile per far risaltare il progressivo addensarsi dei costi nello svolgimento delle attività. In realtà, nelle U.s.l. esaminate, si è talvolta trascurata una puntuale analisi dell'aspetto economico dei processi a favore del criterio organizzativo, potendo così incorrere in alcune distorsioni derivanti dal fatto che spesso l'organizzazione formale non corrisponde a quella reale, per cui non sempre le attività sono svolte dalle unità individuate formalmente.

Circa il maggiore o minore grado di analiticità del piano dei centri, la tendenza che emerge dalle U.s.l. osservate è quella di orientarsi, per lo meno nelle intenzioni, verso stadi di dettaglio piuttosto avanzati, in modo da non dover affrontare le difficoltà e le eventuali incongruenze derivanti dall'applicazione di arbitrari criteri di ripartizione dei costi. Piuttosto, il problema che si pone nel caso di un piano dei centri eccessivamente analitico è relativo al fatto che diminuisce di molto la categoria dei costi speciali rispetto al centro a favore di quella dei costi comuni, in quanto più piccolo è l'og-

getto di imputazione e tanto minori saranno i costi che possono attribuirsi con sufficiente attendibilità ed in via diretta al centro stesso, o comunque che possono essere specializzati. Si ripropone quindi, per altra via, il problema della ricerca di opportuni criteri di ripartizione i quali, benché studiati in modo tale da evidenziare il consumo del fattore produttivo nel processo economico di produzione (13), sono in ogni caso rappresentati da una funzione la quale, ancorché ritenuta sufficientemente attendibile, difficilmente potrà rappresentare con adeguata elasticità le condizioni di assorbimento che si verificano nei vari momenti del divenire della vita aziendale (14).

Notazioni particolari in merito alla strutturazione del piano dei centri possono essere fatte con riferimento al posizionamento di centri in corrispondenza di attività considerate critiche dal punto di vista dell'assorbimento delle risorse o ritenute tali nell'ambito del processo di cura, sia che tali attività siano rivolte all'esterno che all'interno (è questo il caso del tomografo assiale computerizzato oppure della risonanza magnetica). In ambito ospedaliero, ad esempio, si è usato, nella maggior parte dei casi, suddividere il reparto di degenza secondo le tradizionali modalità di classificazione fornite dall'organizzazione formale dell'ospedale (uomini e donne), mentre, in un caso, la suddivisione è stata operata in base alle attività che vengono svolte, senza tenere conto, in prima istanza, della classificazione prima citata.

Essendo la U.s.l. organizzata sul territorio mediante distretti socio-sanitari, che sono istituzioni di primo livello che offrono una pluralità di servizi di base, il piano dei centri di costo doveva tenerne conto in modo da rendere possibile una loro evidenziazione e una riconduzione delle attività che ivi si svolgono ai diversi servizi a cui

afferiscono. Le soluzioni adottabili facevano riferimento, da un lato alla considerazione delle varie attività che vengono svolte all'interno dei distretti, evidenziandole come centri di costo, dall'altro, le attività svolte nei distretti potevano essere considerate come proiezioni dei servizi organizzativamente individuati e quindi ad essi riferentesi, indipendentemente dalle modalità tecnico-territoriali di erogazione (15).

Con la prima modalità si ottengono indubbiamente maggiori informazioni che possono essere variamente elaborate per ottenere risultati diversi a seconda delle esigenze, ma può essere attuata solo in presenza di un sistema informativo adeguatamente strutturato; la seconda possibilità (di fatto utilizzata da due delle tre U.s.l. esaminate) presenta indubbiamente minori difficoltà di attivazione e utilizzazione, anche se non risulta possibile, ad esempio, effettuare confronti tra le attività dei diversi distretti, limitando così le capacità informative del sistema.

Un'ulteriore tipologia di centri di costo fa riferimento alla raccolta di alcuni costi altrimenti non allocabili. Essi vengono definiti centri di costo contabili o *fittizi* in quanto non corrispondono ad una unità organizzativa definita o ad una particolare attività, ed accolgono costi di fattori produttivi per i quali non esiste una relazione immediatamente percepibile del loro contributo alla formazione del servizio (16).

Il piano dei centri così ottenuto evidenzia diverse tipologie di centri, facenti riferimento a prestazioni finali, a prestazioni intermedie e ad attività svolte per la U.s.l. nel suo complesso (17). Tale struttura dovrebbe favorire, anche secondo le indicazioni regionali, l'allocazione di tutti i costi sostenuti dalla U.s.l. e l'attribuzione degli stessi agli oggetti di costo, che pos-

sono essere rappresentati ora dalla singola prestazione, ora dall'attività o dalla unità operativa.

L'obiettivo è stato quello di creare un sistema sufficientemente flessibile, che potesse essere cambiato in relazione al variare delle esigenze informative, al variare delle modalità tecniche di erogazione, all'introduzione di nuovi servizi (18), alla necessità di correggere eventuali errori commessi in corso di progettazione.

In realtà, le difficoltà che sono state incontrate in questa fase sono state relative alla mancanza di un adeguato livello culturale, che i pochi corsi di formazione effettuati non sono stati in grado di innalzare in modo sufficiente. Questo non dipende, sia chiaro, dalla mancanza di capacità professionali all'interno delle U.s.l. osservate, bensì dalla presenza, in forte maggioranza, di professionalità di estrazione formativa (19) diversa da quella di carattere economico-aziendale e abituata a ragionare secondo schemi propri della cultura amministrativo-formale piuttosto che di quella economico-sostanziale rivolta ai risultati (20). È, invece, in questa prima fase che si rende necessaria la presenza di competenze specifiche accanto agli operatori del settore, in modo da rendere chiare, fin dall'inizio, le finalità conoscitive che si vogliono raggiungere con l'implementazione della contabilità dei costi, impostando così il sistema secondo certe caratteristiche.

Purtroppo invece, raramente (mai nei casi esaminati) si è dato al sistema un'impostazione che tenesse conto delle esigenze sopra citate e delle caratteristiche particolari dell'Unità sanitaria locale, limitandosi ad una applicazione acritica di procedure e strumenti così proposti dalla Regione o attivati da altre realtà a stadi più avanzati.

## 2. Le modalità di rilevazione dei costi

Il passo successivo è stato quello relativo allo studio delle procedure di rilevazione dei costi, tuttora in corso di svolgimento. Esso è iniziato operando una ristrutturazione del sistema informativo che permettesse di elaborare una più consistente massa di informazioni (21), così da attivare procedure di rilevazione e di allocazione dei costi autonome rispetto al sistema di rilevazioni proprie del bilancio pubblico ma, che allo stesso tempo, fossero completamente integrate rispetto alle caratteristiche della gestione, in modo da evidenziare l'attendibilità e la portata delle rilevazioni effettuate (22).

Questo ha comportato, in prima istanza, un massiccio investimento in dotazioni informatiche (23), sia per quanto riguarda la contabilità di magazzino, sia per quanto riguarda la rilevazione delle presenze e l'allocazione dei costi di personale ai diversi centri.

In questo processo di cambiamento il fattore umano ha svolto un ruolo fondamentale in relazione al superamento delle difficoltà che si sono presentate, derivanti dall'abbandono di schemi operativi ormai consolidati a favore dell'introduzione di nuove procedure di rilevazione dei consumi per le quali il personale doveva opportunamente essere riqualificato (24).

I diversi fattori produttivi sono stati divisi in tre grandi classi: beni, personale, altri costi; questa categoria residuale accoglie tutti quei fattori produttivi che si rifanno alle seguenti categorie: convenzioni, erogazioni diverse, acquisto di servizi, altri costi. La prima analisi che è stata effettuata faceva riferimento alla individuazione delle procedure di spesa, utilizzando per esempio l'articolazione a cui le unità operative facevano riferimento per la richiesta dei prodotti al magazzino farmaceutico.

I fattori sono stati divisi in diretti ed indiretti, inserendo, nei primi, i beni di vario tipo imputabili oggettivamente ed il personale e tra i secondi praticamente tutti gli altri, anche se forse, oltre a basarsi sulla distinzione in oggetto, sarebbe stato più utile distinguere tra costi speciali e costi comuni (25). Da questo punto di vista esiste forse una certa confusione ingenerata anche dalle disposizioni regionali in materia, poiché mentre si parla di fattori diretti ed indiretti come i beni ed il personale, tipici costi per i quali è possibile evidenziare una relazione diretta tra attività svolta e fattore impiegato e per i quali si verifica la possibilità e la convenienza a misurarne il consumo, di fatto, trattando del processo di imputazione, si prendono in considerazione invece i costi speciali (26). Tali costi sono quelli per i quali è possibile il riferimento ad un oggetto specifico e all'interno di questa categoria, ve ne sono alcuni per i quali non è possibile o non è conveniente la misurazione oggettiva del consumo come ad esempio l'energia elettrica.

La distinzione, che potrebbe sembrare, in questo contesto, la semplice ricerca di una formale conformità rispetto alle indicazioni dottrinali, ha invece riflessi sostanziali non indifferenti, laddove la confusione sulle questioni di base, relative alla conoscenza dei costi, comporti l'inserimento di alcuni fattori tra i costi imputabili indirettamente, e quindi con criteri da individuare di volta in volta, mentre invece sono costi facilmente misurabili con semplici accorgimenti tecnici, o viceversa l'inserimento di fattori imputabili indirettamente tra quelli riferibili direttamente all'oggetto di costo.

In realtà, nelle U.s.l. esaminate viene allocata nei centri solamente una parte, ancorché consistente, dei costi speciali, più in un caso, una parte di costi comuni per i quali sono stati individuati criteri di ripartizione piuttosto

attendibili. L'obiettivo che la Regione intendeva perseguire era quello di attribuire ai vari centri, oltre ai costi imputabili direttamente ed indirettamente secondo opportuni criteri, una quota di costi dai soli centri di prestazione intermedia a quelli di prestazione finale, applicando il cosiddetto «ribaltamento».

In ogni caso, si può notare nelle indicazioni regionali una certa imprecisione nell'uso dei termini che potrebbe, portare, come evidenziato sopra ad errori nel calcolo dei costi: infatti vengono usati indifferentemente i termini costi diretti e di imputazione diretta laddove i primi, per essere considerati tali, devono evidenziare la possibilità e la convenienza a misurarne il consumo, mentre i secondi fanno riferimento a quei costi che sono riferibili specificamente ad un oggetto ma per i quali può non risultare conveniente o possibile la misurazione del consumo. Questo, al di là delle differenze terminologiche può portare, e di fatto ha portato, alla possibilità che le U.s.l. possano, con soluzioni diverse limitarsi all'imputazione dei primi o si allarghino ai secondi.

Oltre a questo, deve essere aggiunto che non è stato evidenziato a sufficienza come il concetto di costo speciale sia relativo all'oggetto di osservazione, per cui se ci riferiamo al centro di costo, l'impiego di risorse riferibile direttamente al centro dipende da come è stato strutturato il piano dei centri. Più il piano risulta analitico e meno saranno i costi speciali imputabili, incidendo così sulle possibilità di confronto tra le varie U.s.l., potendo essere diversi i criteri di imputazione dei costi comuni.

Se a tutto ciò aggiungiamo il fatto che, al momento dell'attivazione del sistema non esisteva nelle U.s.l. un livello di conoscenza della materia ed una chiarezza di intenti tali da indirizzare con coerenza il lavoro, si può ca-

pire come mai, in realtà, la sperimentazione, nelle U.s.l. osservate, abbia subito un sostanziale rallentamento, raggiungendo risultati sostanzialmente diversificati.

In generale, i costi allocati riguardano il personale, le convenzioni, le erogazioni diverse, i beni, le acquisizioni di servizi. Vengono evitati, perlomeno in questa prima fase, i problemi relativi ad arbitrarie scomposizioni di costi causate dall'imputazione di costi fissi comuni.

Come accennato in precedenza, i cambiamenti avvenuti nelle procedure delle U.s.l. esaminate sono stati consistenti ed hanno avuto l'obiettivo, in alcuni casi, di poter misurare in modo più agevole il consumo dei fattori come ad esempio per quanto riguarda l'informatizzazione della contabilità di magazzino, in altri casi, di specializzare alcuni costi, come ad esempio quelli di una parte del personale o di alcune utenze, che altrimenti avrebbero dovuto essere imputati indirettamente.

In particolare, nella prima situazione si è riusciti a valorizzare in modo abbastanza preciso i carichi e gli scarichi di magazzino, considerando quest'ultimo come corrispondente al consumo delle varie unità operative richiedenti. Il processo ha ovviamente interessato anche le varie unità operative, consentendo in tal modo di avere il controllo anche di quei beni che possono essere ordinati direttamente dalle unità operative e che possono non passare dai magazzini farmaceutico, economico, ecc.

Nella seconda situazione, l'aspetto più rilevante è stato quello della automazione nella rilevazione delle presenze e della rilevazione dei tempi relativi all'opera prestata nei diversi centri dai dipendenti, in modo da attribuire percentualmente ai vari centri il costo del personale. In merito a quest'ultimo elemento, la Regione aveva

reso noto un costo medio *standard* da applicare per la quantificazione, che però una U.s.l. non ha utilizzato, rilevando invece il costo effettivo per ogni figura professionale ed attribuendo ai diversi centri il costo in base al tipo di retribuzione (stipendio base, *plus-orario*, straordinario, ecc.).

### 3. Alcune considerazioni sull'attivazione del sistema

Nelle U.s.l. considerate, il sistema è arrivato ad un punto in cui vengono rilevati i costi prima citati e si producono rapporti di gestione trimestrali. In realtà, questo è il risultato più avanzato poiché in una U.s.l. la sperimentazione si è fermata alla creazione del piano dei centri di costo. Praticamente, mancano da imputare ai centri buona parte dei costi comuni e la procedura con cui devono essere ribaltati sui centri di prestazione finale le quote dei centri di prestazione intermedia. Il problema fondamentale sembra essere la mancanza di chiarezza nella definizione degli obiettivi che si vorrebbero raggiungere con l'attivazione di un sistema di contabilità dei costi. Infatti, pur considerando che i sistemi funzionanti sono ancora in fase sperimentale, la produzione di dati non ha portato riflessi sostanziali sulle modalità di gestione delle risorse (27).

La mancanza di chiarezza ha fatto pensare che implementare un sistema di contabilità dei costi fosse una cosa, tutto sommato, abbastanza standardizzata e staccata rispetto alle caratteristiche che il sistema di controllo nel suo complesso deve assumere. In realtà, le finalità che si possono perseguire considerano la possibilità di formulare un giudizio sulla gestione, oppure di fornire un supporto all'attività decisionali o ancora di porsi come base dell'attività di controllo (28). In secondo luogo sembra che non ci sia chiarezza nemmeno su quale deve essere l'og-

getto finale di costo e cioè l'oggetto di cui riteniamo interessante conoscere il costo. È nostra opinione che in prima battuta potrebbe essere l'attività ed in un secondo momento, allorché la U.s.l., per le esigenze imposte dalla legge saranno costrette a fatturare ad altre U.s.l. o agli utenti, i servizi prestati, questi ultimi dovranno essere l'oggetto di costo finale.

In ogni caso, è chiaro che non potendo lo stesso sistema produrre dati indifferentemente adattati all'uno e all'altro scopo, esso dovrà essere strutturato in modo sufficientemente flessibile, in modo da poter essere opportunamente riadattato, non dimenticando che comunque, anche nella seconda ipotesi, può rimanere comunque interessante conoscere il costo di alcune attività.

Volendo concentrare la nostra attenzione sul calcolo dei costi di attività, finalità a cui sembra indirizzato il sistema così come previsto dalle indicazioni regionali, criteri uniformi possono essere diffusi solo a livello molto generale poiché diverse sono le modalità organizzative con cui le attività sono svolte e diverse sono le attività di cui si ritiene opportuno conoscere il costo. La progettazione del sistema ci sembra, poi, che debba essere legata al sistema di attribuzione delle responsabilità (29). Viene toccato in questo caso uno degli elementi più importanti e degli obiettivi più rilevanti che si vogliono raggiungere con l'introduzione della contabilità dei costi nelle U.s.l. Infatti, lo scopo della contabilità analitica non è quello di risparmiare le risorse indiscriminatamente sulla cura dei pazienti, bensì quello di portare a conoscenza di coloro che impiegano le risorse, in primo luogo quante sono queste risorse, ed in secondo luogo, sulla base dei dati raccolti, individuare sia i modi per eliminare gli sprechi delle stesse ottenendo una maggiore efficienza, sia migliori modalità di erogazione, così da aumentare l'effi-

cacia. Non dimentichiamo infatti, che questo consente di liberare risorse per servire un maggior numero di utenti e di servirli meglio (30).

In questo senso, il sistema dei centri di costo dovrebbe essere studiato contemporaneamente al piano dei centri di responsabilità. Questo perché una volta individuate quelle che vengono ritenute le attività da tenere sotto controllo, si possono individuare anche i fattori che a queste fanno riferimento e che possono essere gestiti da chi, di quella attività, ha la responsabilità. I centri così individuati rappresentano un luogo di raccolta dei costi di questi fattori che possono essere controllati dal responsabile. In questo caso i centri non devono essere «semplici serbatoi» di addensamento di componenti negativi o positivi di reddito, pena la perdita di rilevanza delle informazioni raccolte con tale approccio contabile-burocratico» (31). Adottando tale impostazione vengono meno anche i problemi relativi al meccanismo di ribaltamento che la regione Toscana aveva individuato nella procedura e per il quale essa non ha ancora comunicato i criteri per l'effettuazione e le U.s.l. non hanno formulato nessuna proposta in tal senso.

#### 4. Considerazioni conclusive

L'introduzione del sistema di contabilità dei costi, nelle U.s.l. oggetto di analisi, non ha avuto un corso lineare e progressivo in relazione alle difficoltà tecniche che si sono presentate, ma soprattutto con riferimento alla mancata comprensione del ruolo del sistema nell'ambito della gestione della U.s.l. Infatti, la contabilità dei costi ha, in primo luogo, il fine di far conoscere meglio la macchina sanitaria locale e di rappresentare una utile guida per una maggiore razionalità nell'impiego delle risorse. Essa si basa sul concetto del controllo come conoscenza dei fat-

ti che consente, non solamente di ridurre le spese ma, anche di trovare una migliore consonanza tra risultati e risorse, in maniera che sia più chiaro il come fare ed anche il cosa ed il quanto.

Il processo di implementazione avrebbe dovuto svolgersi in un ambiente opportunamente preparato allo scopo; un ambiente in cui alcuni *promoters* interni, dotati di una *leadership* adeguata, avessero promosso una partecipazione integrata al progetto così da creare una effettiva volontà di utilizzare gli strumenti introdotti. In particolare, sarebbe dovuta avvenire una opportuna opera di coinvolgimento e di sensibilizzazione della componente medica la quale è guidata, nello svolgimento della propria opera, da criteri lontani da quello economico e che quindi potrebbe opporre una giustificata resistenza allorché il progetto venga illustrato secondo parametri che potrebbero ingenerare malintesi. Si può capire, allora, che i principali agenti del cambiamento sono proprio i medici, i quali vedranno accresciuta la propria professionalità dall'aggiunta alle normali funzioni di cura, di quelle relative alla gestione delle risorse, potendo conoscere il modo in cui queste vengono impiegate e potendo decidere sul cambiamento di tali modalità così da raggiungere un miglior rapporto risultati/risorse (32).

Attraverso questo processo la componente medica può prendere maggiormente coscienza dell'impulso che lo svolgimento della propria opera può rappresentare nell'ambito del processo economico di cura, perché ogni intervento, benché piccolo, causa ripercussioni sul consumo complessivo delle risorse a disposizione. Vengono, inoltre, a contemperarsi gli interessi di tipo economico con quelli di tipo prettamente medico laddove l'uso più razionale delle risorse consente di liberarne

per soddisfare ulteriori bisogni di salute, senza ovviamente incidere sulla qualità del servizio. Il principio funziona anche quando, in un futuro piuttosto vicino, le U.s.l. deriveranno quote sempre più importanti dai pagamenti dei servizi dagli utenti o da altre U.s.l., poiché il criterio di mantenimento in vita di un servizio o l'istituzione di uno nuovo saranno legate ai bisogni espressi dalla collettività e dalle varie possibilità di soddisfarli, per cui il principio economico non viene negato e, allo stesso tempo, non condiziona negativamente la possibilità di dare opportuna risposta ai bisogni.

L'iniziativa della regione Toscana rappresenta un classico esempio di un progetto di rilievo nel quale la valenza fondamentale era relativa alla globalità con cui doveva essere attuato. Tale globalità garantiva la necessaria coerenza tra le diverse realtà partecipanti, sia in termini di impostazione del sistema che di utilizzo dello stesso.

In realtà poi, come detto, il progetto ha incontrato alcune difficoltà di avanzamento legate, da un lato all'abbandono di qualche Unità sanitaria locale e, dall'altro, dal moltiplicarsi di iniziative autonome non coordinate. Quest'ultima situazione ha creato una eccessiva frammentazione l'iniziativa, non giustificata da differenziazioni puramente tecniche, che pur devono esistere, viste le diversità organizzativo-produttive di erogazione dei servizi, ma che in ogni caso non avrebbero inficiato la necessaria unitarietà del sistema.

È forse mancata una presenza più forte del *promoter* principale dell'iniziativa, tesa a creare quell'unità di intenti indispensabile allo scopo.

---

(1) «Un controllo consapevole infatti garantisce gli organi responsabili che gli indirizzi formulati in via probabilistica vengano, nella loro sostanza, effettivamente perseguiti e contemporaneamente permette a tali organi di percepire in tempo utile, quando esistono, scarti di

andamento tra ipotesi e vita operativa (...) e determina, di conseguenza, tutta una serie di modifiche ritenute indispensabili». Miolo Vitali (1989) pag. 41.

(2) La regione Toscana dette avvio al progetto di introduzione di un sistema di contabilità dei costi con la collaborazione del CeRGAS che ha curato, sulla base delle esperienze maturate in altre Regioni, la costituzione di un gruppo di lavoro e l'approntamento della strumentazione tecnica relativa alla procedura di introduzione ed un supporto tecnico specifico.

(3) «Considerare l'aspetto finanziario, come oggi si fa, rende molto elevato il rischio di decidere spese per le quali si determina la copertura finanziaria iniziale, ma non i costi che in concreto dovranno essere sopportati e nemmeno quali saranno i ricavi o i benefici attesi e se questi risultano coerenti con gli obiettivi stabiliti». Miolo Vitali (1989) pag. 43.

(4) «Il carattere sociale dell'impresa non è riferibile tanto al generico obiettivo di soddisfare i bisogni umani, bensì alla produzione della ricchezza. Di per sé questo è un obiettivo importantissimo anche in termini sociali. È evidente che, perché la ricchezza possa esistere deve essere prodotta (...) in ogni caso, comunque, la produzione della ricchezza è il presupposto perché possa esistere la sua distribuzione e quindi ha di per sé un forte valore sociale». L. Anselmi (1993) pag. 818.

(5) «Ma se si considera il livello aziendale delle singole amministrazioni dove si assumono le decisioni che determinano il fenomeno, si rileva l'esigenza di introdurre un sistema di informazioni economico-contabile e rilevare oltre alla dinamica delle entrate e delle uscite, la dinamica economico-patrimoniale, ossia la creazione ed utilizzazione nei diversi periodi di condizioni durature per lo svolgimento dei processi» E. Borgonovi (1988), pag. 193.

(6) In particolare, le U.s.l. prese in considerazione in questo saggio sono la U.s.l. n. 3 Versilia, la U.s.l. n. 7 Valdinievole e la U.s.l. n. 12 Pisa.

(7) Si veda regione Toscana (1989) pagg. 33 e segg.

(8) Afferma Bertini in proposito «Questa capacità di condizionare l'ambiente esterno, interpretando con notevole anticipo le forze trainanti ed immettendovi forze assolutamente nuove, prodotto naturale dell'efficientismo organizzativo, rappresenta il prodotto più elevato della nuova imprenditorialità. Risultato non più individuale ma collegiale (...). Di qui l'esigenza di un consenso molto vasto alla sua opera, sia sul fronte esterno, da parte di forze politiche e sociali, sia su quello interno, da parte di tutti i membri dell'organizzazione (...). Presupposto di questo disegno è, in ogni caso, sul

fronte interno, il coinvolgimento di tutti i prestatori d'opera (impiegati e operai) nella formazione delle scelte operativo-politiche di funzionamento e nei correlati processi di programmazione». Bertini (1988) pag. 135.

(9) In proposito Brusa (1979) pag. 38.

(10) Cfr. Pezzani (1990) pag. 103.

(11) «Come per il sottosistema dei materiali, anche per quello degli impianti sono le condizioni economiche che sovrintendono la produzione a definire, mediante il modulo di combinazione produttiva, il carattere operativo del sottosistema. I diversi elementi devono infatti trovare tra loro una correlazione tecnico-economica che consenta di ottimizzare la loro partecipazione al processo. Il problema è importante e delicato data l'ampiezza della gamma degli impianti di qualunque azienda, il diverso ruolo operativo che sono chiamati a svolgere e il non uniforme grado di sfruttamento che può essere realizzato nel corso della gestione». Bertini (1990) pag. 64.

(12) Si veda ancora Pezzani (1990) pag. 114.

(13) Sull'argomento si veda Ferraris Franceschi (1984) pag. 120.

(14) Sulla possibilità di rappresentare i fenomeni aziendali mediante funzioni matematiche si veda Giannessi (1969) pag. 6.

(15) Si veda anche in proposito l'esperienza della regione Emilia-Romagna nel saggio di Zangrandi (1989) pag. 93.

(16) Cfr. Santesso, Sostero (1987) pag. 42.

(17) La classificazione è quella proposta da Anthony e Young (1992) pag. 121.

(18) «L'ottica economica permette di affrontare le scelte decisionali con un bagaglio informativo-conoscitivo adeguato alla rilevanza delle scelte da compiere: a cominciare dalla permanenza o meno di certi servizi o di alcune condizioni relative ad una o più servizi poiché nel tempo è evidente che mutino anche i presupposti della "pubblica utilità" e la scala di rilevanza di essa». Anselmi (1989) pagg. 72-73.

(19) «La professionalità, intesa come l'insieme delle conoscenze di base e delle esperienze possedute dai componenti il sistema umano che formano il soggetto decisore, è fondamentale per l'individuazione delle questioni che hanno rilevanza aziendale e per i singoli sottosistemi componenti». Miolo Vitali (1993) pag. 28.

(20) Sul problema si veda Borgonovi (1990a), pag. 117.

(21) «In relazione alla sempre maggiore complessità che la gestione presenta, sia sul piano tecnico-produttivo, che su quello delle relazioni azienda/ambiente, la gamma delle informazioni utili per la razionale conduzione dell'azienda si è estesa praticamente all'infinito.

L'inserimento nei processi gestionali delle tecnologie più avanzate offerte dalla ricerca scientifica consente infatti di trattare utilmente una quantità enorme di dati rispondendo a tutti gli interrogativi che il sistema d'azienda si pone per la migliore soluzione dei problemi» Bertini (1990) pag. 135. Afferma inoltre la Vitali «La qualità e quantità delle informazioni sono infine l'ultimo fattore, ma non certo come importanza, da cui dipende l'ampiezza dell'area di riconoscimento delle situazioni problematiche». Miolo Vitali (1993) pag. 29.

(22) Si veda Zangrandi (1989) pag. 95.

(23) «In questo contesto l'elaboratore ha accentuato il suo ruolo di centropropulsore del sistema aziendale, distinguendosi non soltanto come elemento determinante dei processi di pianificazione e controllo, ma anche come imponente strumento di rinnovamento della vita amministrativa». Bertini (1990) pag. 154.

(24) «È evidente (...) che nel momento in cui fa il suo ingresso nell'azienda anche quando provenga da precedenti esperienze di lavoro, l'uomo non è in grado di esprimere il meglio di se stesso. Egli deve ambientarsi, adattarsi alle condizioni lavorative del sistema nel quale si inserisce. Se non è sufficientemente addestrato viene preparato allo svolgimento delle mansioni ad esso assegnate che richiedono sempre un certo grado di qualificazione. Naturalmente i compiti dei lavoratori anche presso la stessa azienda sono soggetti a cambiamenti nel tempo». Bertini (1990) pag. 72.

(25) Secondo Brusa «I costi speciali sono attribuibili ai centri o ai prodotti mediante misurazione oggettiva del volume del fattore impiegato. (...) un costo è di solito considerato diretto quando esistono allo stesso tempo: a) la possibilità di misurare oggettivamente il consumo di fattore produttivo; b) la convenienza ad effettuare tale misurazione. (...) i costi speciali possono essere [quindi] diretti o indiretti. (...) In altre parole, secondo tale approccio non tutti i costi speciali sono concretamente trattati come tali. A volte la loro misurazione risulta troppo laboriosa e dispendiosa in rapporto all'effettiva utilità che se ne ricava, per cui vengono trattati alla stregua dei costi comuni, cioè ripartiti soggettivamente». Brusa (1979) pagg. 9-10.

(26) Si veda regione Toscana (1989) pag. 45.

(27) «Attraverso gli strumenti del controllo economico si cerca di influenzare i comportamenti delle persone che operano all'interno di un'attività organizzata in azienda in modo che essi siano influenzate non solo dalle valutazioni individuali, ma anche dalla necessità di realizzare un determinato equilibrio economico dell'azienda». Borgonovi (1990b) pag. 18.

(28) Cfr. Bergamin Barbato (1991) pag. 80.

(29) Secondo Anselmi «La responsabilità è ad evidenza inscindibile dalla autonomia e la presenza di «responsabilità economiche e finanziarie dello Stato» riduce, e non di poco, gli spazi di autonomia effettiva a vantaggio della Pubblica amministrazione. È opinione diffusa che l'imprenditore pubblico sia molto meno responsabile di quello privato ed è un obiettivo di generale interesse rendere impossibile o almeno molto difficile questa «fuga» verso la non responsabilità». Anselmi (1990) pag. 39. Inoltre sullo stesso argomento Borgonovi (1990b) pag. 16.

(30) Afferma Borgonovi che «di conseguenza la responsabilizzazione sull'impiego delle risorse nei diversi processi al fine di non sottrarre risorse ad altri potenziali bisogni è il "tramite forte" per rendere accettabile la logica economica». Borgonovi (1990b) pag. 36.

(31) Bergamin Barbato (1991) pag. 83.

(32) «Con il trascorrere del tempo (...) si manifesta un continuo e necessario adattamento determinato dal variare dei fattori che lo influenzano. La situazione indicata implica che il soggetto decisore non cercherà di identificare tutte le alternative tra cui scegliere quella ottima, ma si limiterà ad esplorare un sottoinsieme di corsi d'azione ritenuti idonei a soddisfare il suo "livello di aspirazione"». Miolo Vitali (1993) pag. 55.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANSELMI L. (1989), *Esperienze di programmazione nelle Pubbliche amministrazioni* in: Miolo Vitali P., Anselmi L. *La programmazione nelle Pubbliche amministrazioni*. Milano, Giuffrè.
- ANSELMI L. (1990), *Il management delle aziende pubbliche* in: Anselmi A., Volpatto O. *Il management nell'area pubblica*. Milano, Giuffrè.
- ANSELMI L. (1993), *Economicità e socialità nell'impresa pubblica* in: AA.VV. *Strategia e organizzazione delle aziende*. Milano, EGEA.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992), *Controllo di gestione*. Milano, McGrawHill.
- BERGAMIN BARBATO M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*. Torino UTET.
- BERTINI U. (1988), *Il governo dell'impresa tra managerialità e imprenditorialità* in: AA.VV. *Scritti di economia aziendale per Egidio Giannessi*, Pisa, Pacini.
- BERTINI U. (1990), *Il sistema d'azienda*. Torino, Giappichelli.
- BORGONOV E. (1988), *Gli strumenti informativo-contabili per le decisioni nella Pubblica amministrazione* in: AA.VV. *Strumenti informativo-contabili per le decisioni*. Bologna, CLUEB.
- BORGONOV E. (1990a), *Le implicazioni organizzative del controllo di gestione nelle aziende pubbliche di trasporto* in: G. Farneti, L. Marchi, A. Maticena, *Il controllo di gestione nelle aziende pubbliche*. Rimini, Maggioli.
- BORGONOV E. (1990b), *Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale* in: Borgonovi E. (a cura di) *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Milano EGEA.
- BRUSA L. (1979), *Contabilità dei costi*. Milano, Giuffrè.
- FERRARIS FRANCESCHI R. (1984), *Finalità dell'azienda e condizioni di funzionamento*. Pisa, SEUP.
- GIANNESI E. (1969), *L'equazione del fabbisogno di finanziamento*. Pisa, Corsi.
- MIOLO VITALI P. (1989), *Bilanci pubblici di previsione* in: Miolo Vitali P., Anselmi L. *La programmazione nelle Pubbliche amministrazioni*. Milano, Giuffrè.
- MIOLO VITALI P. (1993), *Il sistema delle decisioni aziendali*. Torino, Giappichelli.
- PEZZANI F. (1990), *La progettazione di un sistema di centri di costo. La realtà particolare delle Unità sanitarie locali* in Borgonovi E. (a cura di) *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Milano, EGEA.
- REGIONE TOSCANA (a cura di) (1989), *Il sistema della contabilità dei costi. Criteri e direttive per la sua introduzione nelle U.s.l.* Firenze.
- SANTESSO E., SOSTERO U. (1987), *Strumenti per il controllo di gestione nelle U.s.l.* Padova, CEDAM.
- ZANGRANDI A. (1989), *Progettazione e realizzazione di un sistema di contabilità analitica dei costi* in: Zangrandi A., Borgonovi E., Guizzardi M., Cavenago D., *Contabilità direzionale*. Milano, McGrawHill.

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# IL BENCHMARKING NELLA SANITÀ PUBBLICA: ESPERIENZE STRANIERE E PROSPETTIVE DI INTERVENTO NEL CONTESTO ITALIANO

di Renato Ruffini

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

Sommario: 1. Premessa: l'importanza dell'apprendimento organizzativo - 2. Che cosa è il *benchmarking* - 3. L'implementazione del *benchmarking* - 4. Il *benchmarking* nelle Pubbliche amministrazioni - 5. Il *benchmarking* in sanità - 6. Conclusioni: ipotesi di sviluppo del *benchmarking* nella sanità italiana.

## 1. Premessa: l'importanza dell'apprendimento organizzativo

È un fatto che il settore dei servizi sanitari è un settore in continuo e rapido cambiamento sia sotto l'aspetto tipicamente tecnico (evoluzione degli studi, delle pratiche e delle tecnologie) sia sotto l'aspetto istituzionale (regolamentazione dei rapporti tra utenti ed erogatori dei servizi, assetto generale del Servizio sanitario nazionale, ecc.).

Il sistema sanitario italiano non sfugge, ovviamente, a tali cambiamenti, anzi, dal punto di vista istituzionale i cambiamenti sembrano essere stati fino ad oggi quasi più veloci delle capacità di apprendimento delle diverse organizzazioni che erogano i servizi. Sotto certi aspetti le organizzazioni sanitarie attuali (le U.s.l.) hanno da pochi anni assimilato dal punto di vista culturale ed operativo la riforma del Servizio sanitario nazionale del 1978 ed ecco che subito si devono adeguare a diventare «aziende» con obiettivi, sistemi organizzativi e processi operativi a volte significativamente diversi. Ma il sistema sanitario sarà in grado di sopportare ancora tempi lunghi nei suoi processi di cambiamento? La

lentezza, tipica delle burocrazie, con cui le Unità sanitarie locali hanno negli ultimi anni sviluppato processi di apprendimento che gli permettessero di adeguare i loro livelli di produttività e qualità dei servizi alle esigenze esterne è ancora oggi accettata dagli utenti? In quanto tempo le aziende U.s.l. saranno in grado di uniformare i processi operativi ed unificarsi rispetto alle vecchie U.s.l. di cui si compongono?

Una necessità odierna che le aziende sanitarie hanno e che diventerà strutturale nel futuro è la capacità di innovarsi costantemente, quindi di cambiare velocemente e ciò implica che tali organizzazioni devono dimenticare sempre di più le loro caratteristiche burocratiche e sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo più tipiche delle *adhocrazie* (1), cioè di quelle organizzazioni professionali caratterizzate da estrema flessibilità e capacità di risposta agli stimoli esterni.

Ma come apprendono le organizzazioni? Un gruppo di ricercatori della Harvard Business School ha definito un modello interessante circa le modalità attraverso le quali le organizzazioni apprendono (2). Tali ricercatori hanno individuato e de-

scritto quattro vie principali attraverso cui un'organizzazione apprende, precisamente:

1) apprendimento indiretto o *benchmarking*.

La prima strategia di apprendimento organizzativo è attuata attraverso lo studio e l'analisi delle esperienze di altri (colleghi, o altre persone, aziende concorrenti o altre aziende appartenenti ad altri settori, ecc.);

2) apprendimento tramite simulazione.

Questa seconda strategia di apprendimento consiste nell'utilizzazione di modelli artificiali (tipicamente computerizzati) che aiutino l'organizzazione a scoprire cosa accadrà se si attuerà un certo programma, si utilizzerà una nuova tecnologia o si lancerà un nuovo servizio;

3) apprendimento tramite prototipo.

Questa terza strategia di apprendimento consiste nel costruire e rendere operativo un prototipo di un nuovo prodotto o servizio o un programma pilota all'interno di un ambiente controllato;

4) apprendimento sul campo.

Questa quarta strategia di apprendimento implica l'analisi dei processi e dei risultati di un'esperienza effettuata

nell'ambito dei normali processi produttivi dell'azienda.

Tra questi quattro diversi metodi esiste una chiara gerarchia, nel senso che l'apprendimento sul campo è il più efficace e preciso, ma è anche la modalità con i maggiori costi di apprendimento (vedi figura 1).

Sulla base di questa analisi la forma dell'apprendimento indiretto, vale a dire basato sull'esperienza degli altri, ha tre importanti benefici:

— richiede meno risorse rispetto alle altre modalità di acquisizione della conoscenza e dell'esperienza;

— è il metodo più veloce per apprendere;

— espone l'organizzazione al confronto con le idee e le esperienze esterne e quindi fornisce visioni all'azienda che vanno al di là della cultura e delle credenze già esistenti e consolidate al suo interno.

Quest'ultimo aspetto è probabilmente il più rilevante. Tutti noi infatti siamo prigionieri dei nostri paradigmi e solo il confronto con soggetti esterni ci permette di creare discontinuità e miglioramenti percepibili nei nostri processi di apprendimento. Tra le varie strategie solo l'apprendimento basato sull'esperienza altrui si fonda sul confronto e solo questa modalità può creare soluzioni di continuità e accelerazioni nell'apprendimento di un'organizzazione.

Lo strumento utilizzato per fare ciò è il cosiddetto *benchmarking* ed è uno strumento attualmente «di moda» proprio in quanto consente alle organizzazioni di accelerare e radicalizzare i propri processi di apprendimento per migliorare la produttività aziendale attraverso l'aumento della flessibilità delle combinazioni economiche dell'azienda e garantendo quindi ad essa efficienza (minimizzazione dei costi) e qualità (varietà e variabilità dei servizi).

## 2. Che cosa è il *benchmarking*

In un mondo dove il buon senso prevale il *benchmarking* può apparire ovvio. Esso altro non è che un processo sistematico attraverso il quale si ricercano ed analizzano le migliori modalità pratiche di produzione, le idee più innovative, i processi operativi più efficienti e si cerca di implementarli, migliorandoli, all'interno della propria realtà. Cosa potrebbe esserci di più semplice? È infatti questa un'attività che quasi naturalmente tutti fanno cercando, con buon senso, di apprendere dall'esperienza degli altri. Tuttavia non sempre le cose semplici sono facili da implementare all'interno di organizzazioni complesse.

Il *benchmarking* è un processo attraverso il quale un'azienda assume un riferimento esterno per le attività, operazioni e funzioni interne in modo da individuare un traguardo preciso per realizzare un significativo mi-

glioramento delle proprie *performance*.

La necessità di sviluppare pratiche di *benchmarking* è nata nell'ambito di aziende di produzione molto esposte alla pressione competitiva, al fine di ottenere informazioni e capacità di sviluppo di processi di miglioramento continuo per la ricerca del vantaggio competitivo. Da queste basi la pratica del *benchmarking* si è sviluppata enormemente nel corso degli anni novanta.

Secondo le applicazioni fino ad oggi effettuate esistono tre tipi di base di *benchmarking* e precisamente (3):

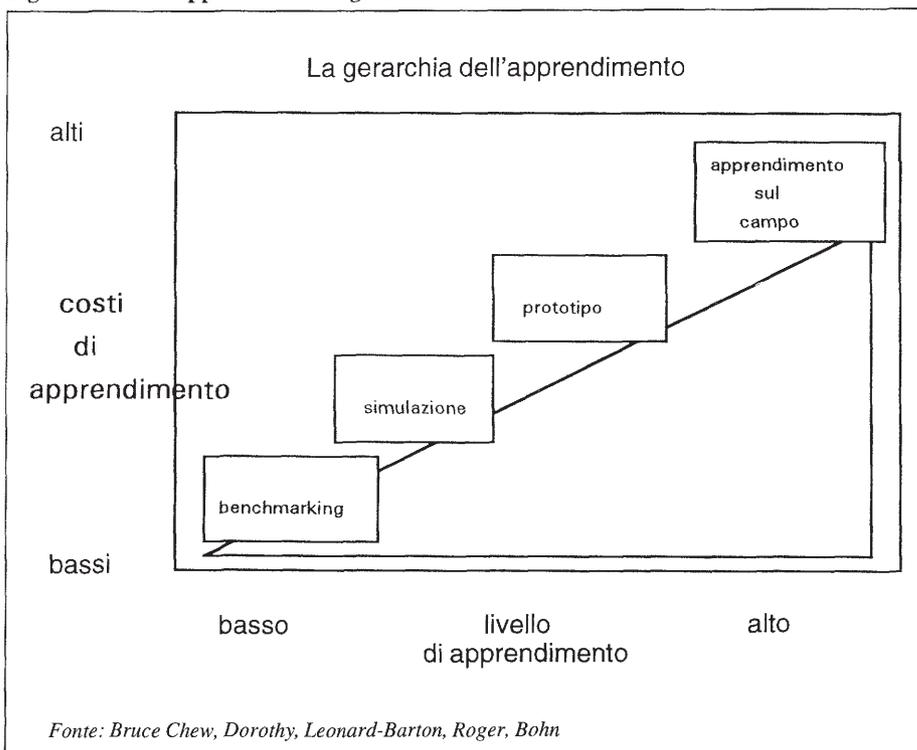
1) il *benchmarking* sui processi;

2) il *benchmarking* sulle *performance*;

3) il *benchmarking* strategico.

Il *benchmarking* sui processi si focalizza su specifici processi aziendali o su attività operative. Per esempio sulle modalità di gestione dei reclami dei clienti, sulle modalità di gestione

Figura 1 - Come apprendono le organizzazioni



dei fornitori, sui processi di reclutamento del personale, ecc.

Questa forma di *benchmarking* cerca di individuare le pratiche operative più efficienti tra le diverse aziende rispetto a processi operativi dello stesso tipo. Questa forma di *benchmarking* è quella più famosa e diffusa.

Il principale vantaggio del *benchmarking* sui processi è dato dal fatto che i miglioramenti si focalizzano sui processi operativi più importanti (*core process*) in grado di influire in modo immediato ed evidente sulle *performance* aziendali. Tali *performance* possono essere misurate in termini di sviluppo della produttività aziendale (intesa come rapporto tra valore prodotto e valore degli *input* utilizzati), diminuzione dei costi, aumento dei servizi venduti o offerti.

Il *benchmarking* sulle *performance* mette in grado i *managers* di modificare la loro posizione competitiva attraverso il confronto tra prodotti o servizi erogati dalle diverse aziende. Questa forma di *benchmarking* si focalizza tipicamente su elementi quali: il prezzo, la qualità tecnica, la velocità di erogazione, ecc. Il confronto diretto dei prodotti o dei servizi, il *reverse engineering* ed altre tecniche simili sono quelle tipicamente utilizzate in questa forma di *benchmarking*. Le aziende produttrici di alta tecnologia, di servizi finanziari, di fotocopiatrici, ecc. sono quelle che tipicamente utilizzano il *benchmarking* sulle *performance* come strumento ordinario per competere.

Il *benchmarking* strategico, infine, esamina come ed in che modo le diverse aziende appartenenti a determinati settori competono, al fine di individuare quale strategia fra quella di successo può essere adottata nell'arena competitiva. Questo tipo di *benchmarking* è sviluppato soprattutto da parte delle aziende giapponesi e ciò è coerente con la loro caratteristica di

sviluppare strategie di lungo periodo. Il *benchmarking* strategico infatti influenza il disegno strategico di lungo periodo di un'azienda. Conseguentemente i benefici del *benchmarking* strategico maturano abbastanza lentamente. Le aziende che vogliono miglioramenti delle loro *performance* entro l'anno (o il quadrimestre) usano il *benchmarking* di processo.

Il *benchmarking*, nelle sue varie tipologie, è quindi utile per una serie di applicazioni e di benefici, in particolare:

1) nella scelta e definizione delle strategie aziendali. Tale attività è particolarmente importante in un periodo di forte dinamicità ambientale ed è attuabile indagando le strategie sviluppate da altri;

2) nella reingegnerizzazione dei processi aziendali. Le aziende che intendono reingegnerizzare i propri processi (4) devono in qualche modo attivare processi di *benchmarking* soprattutto in quanto tale strumento agevola la capacità di vedere le cose in modo diverso ed innovativo, superando quelli che sono i modi di vedere e di pensare diffusi, che spesso sono i principali ostacoli al rinnovamento;

3) nello sviluppo di processi di miglioramento continuo dei processi aziendali. In alternativa alla ridefinizione drastica dei processi si possono attivare attività di miglioramento continuo, altrettanto rilevanti per lo sviluppo aziendale. Anche in questo il *benchmarking* è uno strumento utile, in quanto aiuta lo sviluppo di cambiamenti incrementali;

4) nell'attività di *problem solving*. Il *benchmarking* può essere uno dei vari strumenti utili per il *problem solving* nei processi di sviluppo della qualità aziendale. Spesso molti degli strumenti di *problem solving* sono concentrati all'interno dell'azienda. Tali strumenti infatti trattano i modi

di gestire efficacemente un gruppo di lavoro (per esempio un circolo di qualità), di analizzare i dati, di individuare soluzioni. Spesso però tali metodi rischiano di incoraggiare il gruppo a reinventare cose esistenti. L'attività di *problem solving* può quindi essere potenziata ed accelerata inserendo tra le varie tecniche anche il *benchmarking*;

5) nell'attività di comparazione di efficacia ed efficienza. Una imprescindibile condizione di sviluppo tanto per gli esseri umani quanto per le organizzazioni è la verifica dei risultati. Senza una verifica degli sforzi compiuti gli esseri umani, e le organizzazioni, non sarebbero in grado di correggersi e svilupparsi e, quindi, di migliorare. La verifica dei risultati è un bisogno naturale per gli uomini, una necessità per le organizzazioni. Il *benchmarking* è quindi uno strumento, metodico, per verificare i risultati raggiunti;

6) nello sviluppo del cambiamento. Il *benchmarking* è una sorta di catalizzatore del cambiamento, in quanto evidenzia e diffonde all'interno dell'azienda nuove modalità di operare, migliori e più efficienti.

In definitiva il *benchmarking* è uno strumento che permette di gestire il cambiamento e l'innovazione all'interno dell'azienda (vedi figura 2).

### 3. L'implementazione del *benchmarking*

Il *benchmarking*, come abbiamo detto, è un processo sistematico di ricerca di situazioni di eccellenza nel mondo che ci circonda, al fine di apprenderne ed adottarne le modalità ed i processi operativi e quindi fare in modo che la nostra organizzazione diventi anch'essa eccellente.

Dal punto di vista concettuale il *benchmarking* è quindi assai semplice, tuttavia proprio per tale motivo

non bisogna sottostimarne le difficoltà implementative in termini di energia, lavoro, creatività che esso richiede; quasi sempre le attività concettualmente semplici sono molto difficile da implementare con successo (si pensi per esempio alle esperienze di *management by objective*).

Di seguito analizziamo alcuni aspetti dell'implementazione del *benchmarking*, con l'avvertenza che la nostra sarà una descrizione generale del processo di *benchmarking* che, dati gli obiettivi del presente lavoro, non scenderà in dettagli tecnici, peraltro assai vari e complessi.

Un primo, fondamentale aspetto da affrontare nell'attività di *benchmarking* è la definizione del gruppo di progetto interfunzionale all'interno dell'azienda. Le tematiche affrontate con il *benchmarking* sono infatti tipicamente trasversali rispetto alla struttura organizzativa generalmente presente nella maggioranza delle aziende (infatti il *focus* è sui processi e sulla strategia o sul prodotto finito). Ciò consiglia quindi la creazione di un gruppo di progetto, affrontando le problematiche ad esso connesse in termini di gestione e sviluppo (*skill* dei soggetti, formazione, ecc.). Tipicamente i soggetti chiamati a far parte del gruppo sono operatori interni di varie funzioni aziendali, un consulente esterno e in alcuni casi anche rappresentanti delle aziende studiate. Connessi alla formazione del gruppo vi sono alcuni importanti fattori critici per il successo del *benchmarking* e precisamente: il supporto della direzione, la formazione del gruppo di progetto, supporti tecnologici informativi adeguati, una attitudine ad apprendere da parte dei soggetti che compongono il gruppo di lavoro e risorse sufficienti (soprattutto in termini di tempo, risorse finanziarie e tecnologie).

In termini strutturati il processo di *benchmarking* può essere indagato in-

dividendo cinque fasi tipiche (figura 3) che più o meno sono comuni a tutte le diverse metodologie di *benchmarking* adottate:

1) decisione di cosa sottoporre a *benchmarking*.

Il primo *step* del processo consiste nel derivare dai bisogni dell'organizzazione le informazioni da raccogliere con il *benchmarking*. Per esempio la valutazione della qualità percepita dagli utenti, il livello di produttività e tutto ciò che è fattore critico per il raggiungimento di *performance* eccellenti. Ovviamente il processo che porta all'individuazione degli obiettivi deve partire dall'analisi dei processi interni aziendali che creano maggiore valore e dei loro elementi portanti. Una volta fatto ciò si pone il problema, tipico di questa fase, della focalizzazione, cioè la definizione degli obiettivi del progetto. Obiettivi

troppo ampi o troppo limitati non sarebbero utilmente perseguibili. Per esempio, con riferimento alle pratiche di gestione delle risorse umane, avere come obiettivi della ricerca l'individuazione del miglior processo di *empowerment* è un'obiettivo troppo ampio; al contrario porsi l'obiettivo di individuare il miglior modo con cui erogare i rimborsi chilometrici ai dipendenti sarebbe troppo limitato. Un obiettivo equilibrato sarebbe per esempio l'individuazione dei processi di comunicazione interna più validi. L'obiettivo, infine, deve essere misurabile;

2) identificazione del *partner*.

Una volta definiti gli obiettivi da perseguire con il *benchmarking* l'azienda deve trovare il *partner*, vale a dire l'azienda che è considerata la migliore in un determinato processo, prodotto, strategia, ecc. e persuaderla

Figura 2 - La gestione del cambiamento e dell'innovazione

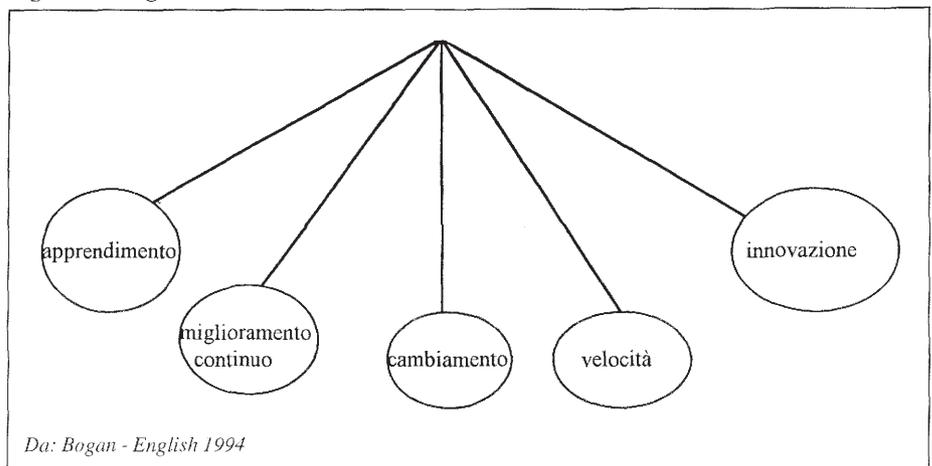
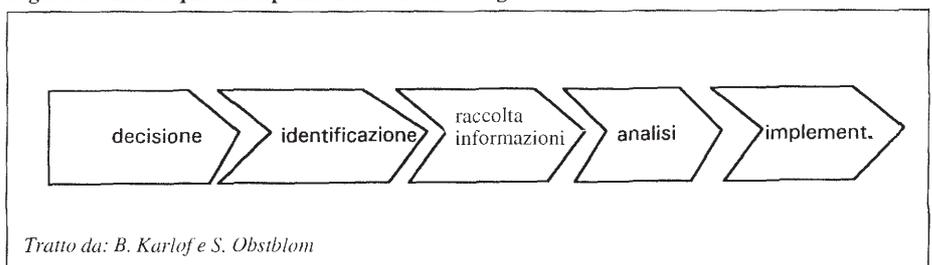


Figura 3 - Le cinque fasi tipiche del *benchmarking*



a collaborare nello studio di *benchmarking*. Ovviamente un buon *partner* non è solo quello che si è dimostrato essere il migliore in un determinato campo ma altresì quello che più si avvicina alle caratteristiche dell'azienda che procede nel *benchmarking* e quindi può essere comparato abbastanza agevolmente;

3) raccolta delle informazioni.

Questa fase comprende non solo la raccolta di tutti i dati quantitativi più importanti (dati di produttività, finanziari, ecc.) ma anche l'identificazione e la descrizione delle attività e dei processi operativi e di altri fenomeni di tipo tecnico e organizzativo che aiutano a comprendere al meglio e in modo approfondito le cause delle *performance* dell'azienda.

La fase della raccolta delle informazioni è fondamentale: uno sforzo attento, sistematico e scrupoloso della attendibilità dei dati costituisce la base della credibilità e dell'utilità del *benchmarking*;

4) analisi.

La quarta fase è quella che richiede il più alto livello di creatività e di capacità analitiche di tutto il processo di *benchmarking*. La fase di analisi non si limita alla identificazione di quelli che sono i punti di differenza e di similitudine, ma anche dei fattori che stanno alla base di determinate capacità operative. È inoltre necessario individuare i fattori che non sono comparabili e quelli che non possono essere influenzati dall'azienda;

5) implementazione del cambiamento.

La quinta fase consiste non solo nel mettere in pratica i miglioramenti individuati, ma anche nello sviluppare l'organizzazione orientandola verso determinate *performance*. L'organizzazione deve scegliere obiettivi realistici e coerenti con il suo potenziale organizzativo per poi colmare il differenziale con l'azienda eccellente indi-

viduato con il *benchmarking*. In particolare il *gap* individuato deve essere scomposto in sotto-obiettivi che permettano all'azienda di raggiungere i risultati desiderati e definiti con l'attività di *benchmarking*.

#### **4. Il *benchmarking* nelle Pubbliche amministrazioni**

Il metodo del *benchmarking*, con i debiti adattamenti, può rispondere all'esigenza delle Pubbliche amministrazioni di trovare termini di riferimento per i loro processi di recupero di efficienza. Ciò è rilevante considerato che le Pubbliche amministrazioni non possono basarsi sul confronto all'interno del mercato.

In questo senso il *benchmarking* è uno strumento utile nelle Pubbliche amministrazioni, eppure fino ad oggi tale pratica di fatto non è molto diffusa in tale settore.

Un'esperienza innovativa in questo campo è stata quella fatta dal *Seattle-King County departement for Public Health* che ha messo sotto *benchmarking* il dipartimento di sanità di San Francisco prima di progettare il suo programma contro l'Aids.

La scelta di San Francisco fu dettata dal fatto che questa città per anni è stata vista come un modello in termini di efficienza e qualità nel trattamento dei malati di Aids; inoltre San Francisco era molto simile a *Seattle* per quanto concerne le caratteristiche della popolazione dei malati di Aids.

*Seattle* studiò il programma anti Aids di San Francisco attraverso interviste, incontri, analisi dei dati, tutti elementi che contribuirono a sviluppare un programma specifico ai bisogni di *Seattle*. Gli uomini che parteciparono a tali attività compresero, da un lato, che non vi potevano essere risposte uniformi ai problemi derivanti da questo tipo di interventi, tuttavia furono in grado di «rubare» molte del-

le idee di San Francisco e soprattutto, di notarne gli errori (per esempio un decentramento incontrollato dei diversi professionisti che facevano l'assistenza ai malati di Aids sul territorio). *Seattle* evitò quindi molti degli errori precedentemente compiuti da S. Francisco sviluppando un intervento di assistenza di alto livello fin dall'inizio.

Nell'ambito della Pubblica amministrazione il caso di *Seattle* è uno dei pochi in cui si è sviluppato un sistema formalizzato di *benchmarking* (riunioni dell'alta direzione, utilizzo di un consulente esterno, attività di formazione, sviluppo di un gruppo di progetto, ecc.) che ha seguito una precisa metodologia (la stessa applicata dalla Xerox corporation).

Molto spesso, al contrario, l'attività di *benchmarking* tra Pubbliche amministrazioni assume un carattere di tipo informale, che spesso consiste semplicemente in colloqui e confronti di esperienze tra gli operatori. In particolare si sviluppano spesso dei *network* informali tra persone che hanno ruoli simili nei diversi enti (per esempio tra coordinatori amministrativi delle U.S.I. di una determinata zona all'interno della Regione, tra segretari comunali di Comuni limitrofi di piccole dimensioni, tra responsabili del personale delle principali Province, ecc.).

Ovviamente è questa una modalità di *benchmarking* utile e valida; vale la pena comunque di chiedersi perché nel caso del settore pubblico fino ad oggi non si siano sviluppate esperienze più forti e significative.

I fattori che ostacolano di fatto lo sviluppo del *benchmarking* nel settore pubblico possono essere individuati nei seguenti:

— restrizioni finanziarie; la limitata disponibilità di risorse finanziarie costringe spesso le Pubbliche amministrazioni a concentrarsi sulla

produzione dei servizi, rinunciando a dedicare risorse ad attività non immediatamente produttive, quali per esempio il *benchmarking*, nonostante che tali attività siano di fatto degli investimenti in quanto danno significativi ritorni in termini di efficienza e quindi di risparmio e riduzione dei costi;

— resistenza all'innovazione; nella convinzione che l'innovazione sia un obiettivo troppo oneroso rispetto ai vantaggi che potenzialmente può arrecare, molti funzionari pubblici possono ritenere che non vi siano sufficienti vantaggi che possano essere raccolti attraverso un'attività di *benchmarking*, anche perché si continua a ritenere che «nessun ente è confrontabile con un'altro»;

— mancanza di una pressione costante al miglioramento; di fatto fino a tempi recenti sono stati pochi gli incentivi che hanno indotto la burocrazia pubblica a perseguire nello sviluppo delle attività una logica di miglioramento continuo, anche perché fino ad oggi raramente gli utenti hanno ricordato alla Pubblica amministrazione l'importanza delle *performance* ottenute;

— barriere culturali; nel pubblico vi è in alcuni casi l'idea che ciò che non è fatto all'interno dell'ente non vada bene e quindi è assolutamente inutile effettuare confronti;

— basso sviluppo delle esperienze sulla qualità; nel settore pubblico si è di fatto ancora nelle fasi iniziali dello sviluppo della qualità dei servizi e quindi generalmente non si è raggiunta ancora la fase dove il *benchmarking* è utile allo sviluppo della qualità totale.

— mancanza di obiettivi *standard*; in molte realtà pubbliche i *managers* faticano a trovare degli *standard* attraverso i quali comparare gli sviluppi dell'area di attività da loro governata. Inoltre le Pubbliche amministra-

zioni, non essendo guidate dal mercato, non hanno sviluppato sistemi di misurazione per il monitoraggio delle prestazioni erogate, necessari per definire degli *standard* con cui confrontarsi.

La mancanza di sistemi di misurazione e di obiettivi *standard* è un grosso limite allo sviluppo delle attività di *benchmarking*.

Nonostante gli ostacoli ora brevemente elencati è comunque probabile che anche nelle Pubbliche amministrazioni l'attività di *benchmarking* troverà degli sviluppi, magari con connotati particolari. Le poche esperienze di *benchmarking* fino ad oggi sviluppate (soprattutto negli Usa) inducono ad essere ottimisti proprio per gli ottimi risultati ottenuti in termini di costi, qualità e tempi di erogazione dei servizi.

Inoltre il *benchmarking*, agendo in modo veloce e abbastanza diretto sui risultati ed essendo dotato di una certa visibilità, è una pratica utile anche in termini di consenso.

Il vero ostacolo al *benchmarking* nel settore pubblico è dato dalla mancanza di attività di misurazione delle *performance*, che costituisce un prerequisito essenziale per un *benchmarking* efficace.

Oltre ai fattori che ostacolano vi sono anche fattori che inducono all'accelerazione delle pratiche di *benchmarking*. Uno di questi fattori è dato dal ruolo giocato dalle associazioni. Già oggi molte associazioni forniscono servizi ed informazioni agli associati; partendo da tale base le associazioni possono diventare diffusori di pratiche di *benchmarking*.

Per esempio in Oregon l'ufficio del governatore ha sviluppato un programma chiamato «Oregon *benchmarking*» finalizzato al miglioramento della pianificazione e della misurazione delle *performance* di varie agenzie pubbliche.

Per quanto concerne l'Italia è evidente il ruolo che potrebbero giocare le diverse associazioni (per esempio ANCI, UPI, Lega autonomie, ecc.) o i diversi enti «sovraordinati» (per esempio le Regioni nei confronti nelle U.s.l.) nella promozione delle *best practise* nei processi, nei sistemi di misurazione, ecc. In altri termini tali associazioni, già oggi promotrici di sviluppo ed innovazione, possono trovare con il *benchmarking* metodologie utili per lo sviluppo di questa loro missione.

## 5. Il *benchmarking* in sanità

Nel settore sanitario il *benchmarking* trova un campo fertile per una serie di motivi.

Innanzitutto nella sanità vi è stato in anni recenti un significativo sviluppo delle pratiche del *total quality management*, comprendenti tra l'altro l'utilizzo di forme di *benchmarking*. Inoltre nella sanità lo stimolo alla misurazione delle attività è strutturalmente più elevato rispetto ad altri settori pubblici.

Più in generale nella sanità la necessità, ormai diffusamente riconosciuta in tutti i Paesi, di migliorare (anche e soprattutto attraverso pratiche manageriali) i livelli di qualità e produttività è un forte stimolo alla ricerca dell'innovazione tecnica ed organizzativa.

Le pratiche di *total quality* e *benchmarking* si sono sviluppate in sanità soprattutto negli Stati Uniti e nel Regno Unito. Nel primo caso ciò è dovuto al fatto che i pazienti sono chiamati a contribuire in modo diretto ai servizi sanitari da loro usufruiti (a differenza di quanto avviene in Europa) e questo li rende particolarmente sensibili alla qualità ed ai costi del servizio. È quindi ovvio che gli ospedali competano tra loro. A questo si aggiunge il costo sempre crescente dovuto alle cause di *malpractice* avviate dagli utenti.

Nel secondo caso, vale a dire nel *Nathional Health service* inglese, lo sviluppo del *benchmarking* è stato indotto «dall'alto» attraverso una serie di «riforme» e di stimoli innescati in anni recenti.

Il primo atto tendente a sviluppare le pratiche di misurazione e confronto dei servizi sanitari all'interno del Nhs può essere individuato con il *Griffiths reports* del 1983 in cui si denunciava la scarsa attenzione posta all'interno del servizio sanitario alla qualità ed alla soddisfazione dell'utente (5). Da qui si sono sviluppate una serie di iniziative volte al miglioramento della qualità dei servizi. Nel 1989 fu pubblicato il libro bianco *working for patient* e la recente riforma del NHS ha notevolmente sottolineato l'aspetto della *quality assurance*, creando tra l'altro forme di mercato nel quale i diversi soggetti competono in termini di prezzo e qualità. In aggiunta a ciò la riorganizzazione del NHS ha creato dei Trust e forme contrattuali per l'erogazione dei servizi sanitari basate sulla specificazione di *standard* qualitativi e di misure regolari delle *performance* e delle modalità di erogazione dei servizi.

Partendo da queste basi il primo documento che può essere considerato come una prima forma strutturata di *benchmarking* è la pubblicazione *The Health of the nation* nel quale vengono definiti una serie di *standard* e di obiettivi da perseguire per lo sviluppo della salute a livello nazionale. La metodologia proposta dal documento prevede:

- la selezione di cinque aree chiave su cui impostare l'azione;
- una serie di obiettivi ed indicatori per ogni area chiave;
- definizione delle azioni da sviluppare per raggiungere gli obiettivi;
- linee guida per aiutare l'implementazione della strategia;
- metodologie per monitorare e sviluppare l'attività.

Le aree chiave individuate sono state problemi coronarici ed infarto, neoplasie, salute mentale, e Aids.

Inoltre sono stati individuati una serie di obiettivi precisamente quantificati quali:

- ridurre i disturbi coronarici e l'infarto relativamente alle persone sotto i 65 anni di almeno il 40% entro il 2000;
- ridurre il tasso di mortalità per cancro alla mammella almeno del 25% entro il 2000;
- ridurre il tasso di mortalità per cancro al polmone almeno del 30% per gli uomini sotto i 75 anni e del 15% per le donne sotto i 75 anni entro il 2010;
- ridurre il tasso di suicidio almeno del 15% entro il 2000.

Questo tipo di iniziativa può essere considerata una iniziativa di *benchmarking*; ed è stata comunque l'iniziativa più radicale e coraggiosa lanciata nel NHS. Il suo scopo in realtà è stato quello di incentivare un cambiamento della cultura tipica del servizio sanitario cercando di sviluppare al suo interno chiare visioni, priorità, capacità di focalizzazione e di scelta degli obiettivi tenendo conto della prospettiva degli utenti. In questa logica l'obiettivo diventa una pietra di paragone necessaria come chiave per guidare un processo di miglioramento continuo.

Alla base di una metodologia di *benchmarking* nel sistema sanitario occorre definire, sviluppando indicatori di *performance*, una serie di informazioni relative ai vari campi di attività. Tali indicatori nel NHS sono dall'inizio degli anni ottanta pubblicati e mettono in grado i vari *managers* locali dei servizi sanitari di effettuare dei confronti, preparare piani sanitari locali e identificare chi ha le migliori *performance* o dove si adottano le migliori modalità operative di lavoro relativamente ad un dato processo.

Nonostante sia ancora in fase di sviluppo, l'utilizzo di indicatori relativi all'intero sistema sanitario è quindi estremamente utile. Tali indicatori sono quelli sviluppati nel documento *The Health of nations* ed altri ancora che si focalizzano sui dati quantitativi di *performance* e di valutazione del servizio.

Questi indicatori non sono ovviamente lo strumento diretto per prendere decisioni; è infatti spesso necessario a livello di specifiche realtà raccogliere altre informazioni attraverso lo sviluppo di attività di *benchmarking*. Per esempio laddove gli indicatori relativi alla qualità del servizio non sono sviluppati o mancano del tutto si sono spesso utilizzate analisi delle *performance* raccogliendo informazioni in modo indiretto. In molti casi gli indicatori non sono poi in grado di dare informazione sulle modalità di erogazione del servizio. In questi casi quindi si sono mappati i diversi processi di erogazione comprendendone in modo più approfondito le caratteristiche organizzative e valutandone l'efficacia relativa e valutando quindi l'indicatore quantitativo di *output* in relazione al contesto in cui si è sviluppato.

L'insieme degli indicatori sviluppati nel NHS è oggi molto vario e concerne:

- gli indicatori classici, quelli che costituiscono la vera e propria «scatola degli attrezzi» per i *managers*, che riguardano: le risorse, l'attività, la qualità, l'efficacia e l'efficienza;
- i *patient care standard*, indicatori che concernono per esempio la valutazione immediata dell'incidente e l'intervento d'urgenza, i tempi di attesa di trattamento per un certo numero di specialità chiave, tempi di risposta delle ambulanze, ecc.;
- gli indicatori relativi all'attività assistenziale infermieristica.

Un altro aspetto interessante dell'attività di *benchmarking* nel Sistema sa-

nitario nazionale inglese concerne la pubblicazione in una *newsletter*, chiamata *Regional Charter Round Up*, delle migliori *performance* nel NHS. Di seguito presentiamo alcuni esempi di *Best practices* estratti dalla *newsletter*:

— nuova procedura per i reclami: l'utente riceve una risposta entro 24 ore dal recepimento del reclamo, è informato circa lo sviluppo del suo reclamo entro una settimana e l'investigazione sui motivi del reclamo è terminata entro 28 giorni (*Queen Elisabeth hospital*);

— obiettivi e *standard* relativi al tempo di attesa su appuntamento per le prestazioni di assistenza infermieristica (*North West Anglia Community Services Trust*),

— un premio qualità annuale per il migliore progetto qualità dell'anno (*Durham Community Health Service Unit*);

— diminuzione dei tempi di attesa e comunicazione immediata tramite lettera al paziente della data di appuntamento (*Newcastle general Hospital*).

Gli esempi potrebbero continuare, ma già quelli ora riportati dovrebbero dare un'idea abbastanza chiara del fatto che attualmente molte delle attività di *benchmarking* nel sistema sanitario sono strettamente connesse con i processi di qualità totale.

## 6. Conclusioni: ipotesi di sviluppo dei benchmarking nella sanità italiana

È difficile disconoscere, almeno in via di principio, l'utilità di sviluppare le capacità di apprendimento tramite il confronto delle diverse realtà. Più fa-

cile è minimizzarne la rilevanza pratica.

Nel Sistema sanitario italiano vi sono molte modalità di confronto tra gli operatori ma tali modalità potrebbero essere utilmente potenziate e rese più efficaci attraverso pratiche di *benchmarking* strutturate.

In particolare il *benchmarking* potrebbe essere utile:

1) per accelerare i processi di accorpamento delle U.s.l. standardizzando i processi amministrativi ritenuti più corretti ed efficienti;

2) sviluppare le pratiche di qualità totale;

3) sviluppare set di indicatori utili per l'attività dei singoli dirigenti (relativamente a pratiche mediche, processi gestionali, servizi erogati, ecc.);

4) migliorare l'efficacia della pianificazione regionale e locale.

All'interno di questi quattro filoni vi è una notevole quantità di progetti potenziali da utilizzare.

Infine, al di là dei risultati immediati che un'azienda U.s.l. può raggiungere, è importante ricordare che lo sviluppo dell'attività di *benchmarking* può essere un forte stimolo per ragionare in termini di obiettivi quantitativi e *standard* di misurazione, ovvero a ragionare in termini manageriali.

(1) In particolare l'adlocrazia ha una struttura organica, selettivamente decentrata, con esperti specializzati distribuiti in gruppi multidisciplinari per realizzare progetti innovativi, si coordina mediante accordo informale.

(2) Cfr. Chew W. Bruce, Leonard-Barton, Dorothy, Bohn, Roger E., *Beating Murphy's Law*, *Sloan management Review*, Volume 32, number 3, Spring 1993.

(3) Cfr. Bogan C., J English, *Benchmarking for best practices*, Mc Graw-Hill, Inc., 1994.

(4) Sulla metodologia del *reingenering* si veda:

Hammer M., Champy J. *Ripensare l'azienda*, Sperling e Kupfer, 1994.

Si veda inoltre Davenport T.H., *Innovazione dei processi*, F. Angeli, 1994.

(5) In particolare nel rapporto si legge *there is little measurement of health output; clinical evaluation of particular practices in by no means common, and economic evaluation of those practices extremely rare... whether the NHS is meeting the needs of the patient and the community, and can prove it is doing so, is open to question*. Cfr. Griffiths report, 1983.

## BIBLIOGRAFIA

- BEMOSWSKI, KAREN, *Benchmarking in Productivity* 12, no 9, 8 sept. 1991.
- CHRISTOFER BOGAN E., MICHAEL J. ENGLISH (1994), *Benchmarking for best practices: winning through innovative adaptation*. McGraw Hill, New York.
- ECCLES ROBERT G., *The Performance Measurement Manifesto*, Harvard business review (january-february 1991).
- HAMMER, CHAMPY (1994), *Ripensare l'azienda*. Sperling e Kupfer, Mi.
- HEIDBREDER J., *Looking For The Light - Not The Heat*, Healthcare Forum Journal (Jan.-Feb 1993).
- JURAN J.M. (1989), *Juran On Leadership For Quality: An Executive Handbook*, The Free Press.
- MCNAIR C.J. AND KATHLEEN H.J. LEIBFREID, *Janssen Pharmaceutica: Focusing Through Competitive Analysis*, National Productivity Review (may, june 1990).
- QUALITY & PRODUCTIVITY MANAGEMENT ASSOCIATION, *Benchmarking, The Ibm Rochester Way*. Commitment Plus 66, no, 12 (August 1991).
- SPENDOLINI M.J. *The Benchmarking Book*. Amacom, May 1992.
- XEROX CORPORATION BOOKLET, *Leadership Thought Quality: Implementing Competitive Benchmarking, Employee Involvement and Recognition*, Part. I, 1987.
- ZIVAN S., *BENCHMARKING: The Effective Manager's Tool*. Boardroom Reports, nov, 1990.

# REINVENTARE LA SANITÀ STATUNITENSE: TEORIE E SCELTE MANAGERIALI PRIMA DELLA SCONFITTA DEL PIANO CLINTON

di Marco Meneguzzo

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: Introduzione - 1. Un sistema sanitario di dieci milioni di operatori - 2. Una ristrutturazione guidata da Wall Street - 3. *Health maintenance organizations e managed care*: l'opportunità di investimento per gli anni 1990 - 4. Far funzionare la competizione in sanità - 5. La tranquilla rivoluzione della sanità statunitense.

Il dibattito sui contenuti della proposta del presidente Clinton di introduzione di forme di copertura obbligatoria e di estensione entro il 2000 dell'assistenza sanitaria a tutti cittadini statunitensi ha avuto un rilevante eco nel contesto italiano: la notevole attenzione dedicata ai contenuti della riforma, ha portato a mettere in secondo piano e a trascurare dinamiche importanti che hanno caratterizzato il contesto statunitense, ed in particolare i settori industriali collegati alla sanità, negli ultimi mesi.

Vi sono state infatti oltre alla formidabile pressione delle diverse *lobbies* legate ai settori industriali fornitori (in primo luogo farmaceutico e tecnologie biomedicali) e ai fornitori (associazioni di categoria dei medici e degli ospedali) strategie di anticipazione alle innovazioni previste dalla riforma Clinton. Queste strategie, formulate in risposta al probabile sviluppo dei sistemi di *managed care* e alla futura costituzione di alleanze di consumatori, sono state basate sulla integrazione verticale e sulla concentrazione dei fornitori e dei centri di offerta.

Questo articolo, il cui titolo richiama il libro *Reinventing the government* (Osborne Gaebler 1992) che ha costituito il riferimento teorico ed in

parte operativo dei programmi di modernizzazione della Amministrazione federale predisposto da Al Gore, sintetizza senza pretesa di completezza, alcune delle dinamiche richiamate in precedenza. Successivamente si presentano le recenti riflessioni su possibili politiche di intervento per il sistema sanitario elaborate da due importanti e riconosciuti autori di *management* delle organizzazioni sanitarie e di gestione strategica di imprese.

L'articolo scritto da Porter, considerato il guru della strategia competitiva, e da altri due studiosi della Harvard Business School cerca di trasferire anche al settore sanitario la chiave di lettura che ha decretato il successo di questo autore all'interno degli studi di strategia aziendale.

Far funzionare la competizione, eliminare incentivi predisposti in passato finalizzati all'efficienza ma con forti effetti distorcenti, puntare sulla innovazione e sulla informazione; le soluzioni di Porter sono molto coerenti con l'impostazione della strategia competitiva, che caratterizza in modo significativo le pubblicazioni di questo autore, ma sembrano sottovalutare le implicazioni legate alla gestione del cambiamento in un sistema ad alta intensità di capitale umano, caratterizzato

da organizzazioni professionali e che mobilita, come vedremo, il 14% del prodotto nazionale lordo statunitense.

La stessa enfasi assegnata da Porter alla informazione e alla trasparenza su qualità e prezzi per fornitori, assicuratori e utenti sembra poco coerente con il dibattito che da circa venti anni ha contraddistinto gli studi di economia e *management* sanitario a livello internazionale sulla complessità di valutazione degli *output* e sulla asimmetria informativa tra i centri di offerta, medici in primo luogo, in grado di condizionare la domanda.

Herzlinger analizza la rivoluzione in corso (la rivoluzione tranquilla) del sistema sanitario statunitense per sottolineare la differenza tra i risultati finora ottenuti con la forte incertezza associata all'intervento giudicato traumatico proposto da Clinton e Mitchell (1-2). Forti sono i punti di contatto e la sintonia con Porter *et al.* che sembrano voler ridimensionare l'importanza e la significatività della proposta della nuova Amministrazione. I due articoli (o meglio gli autori) prendono le distanze poi dalle forme di *managed care*, che costituiscono importante leva di manovra della riforma Clinton e che dovrebbero facilitare e consentire la gestione competitiva del settore.

Nella descrizione della rivoluzione tranquilla vengono messe in evidenza le scelte di integrazione verticale ed orizzontale tra le imprese e le organizzazioni operanti nel settore sanitario, partendo dalla esperienza dell'autrice che si è spostata dalle tematiche di controllo, contabilità e gestione finanziaria alle scelte strategiche delle organizzazioni sanitarie, in particolare la creazione di venture e la formazione di *partnership*.

### 1. Un sistema sanitario di dieci milioni di operatori

Per una migliore comprensione delle più recenti dinamiche nei settori industriali fornitori e delle considerazioni svolte dagli studiosi di *management* è necessario presentare in via preliminare le principali caratteristiche del sistema sanitario statunitense.

Nella tabella 1 vengono riportati i dati aggregati di spesa sanitaria, suddivisi per macroaree (ad es. assistenza domiciliare, ospedali, servizi medici...) e riferiti al periodo 1992-1994 (i dati 1994 sono il risultato di stime effettuate congiuntamente dall'U.S. Dept. of Health and Human Services e da HCFA Health Care Financing Administration).

Nel 1993 la spesa sanitaria USA è stata di 942 miliardi di US \$, il 14% del Prodotto nazionale lordo; le previsioni 1994 quantificano la spesa in 1060 miliardi di US \$ con una crescita complessiva del 12,5% (US Dept Commerce 1994).

Il sistema sanitario statunitense è suddiviso in tre comparti: quello pubblico, quello privato forprofit e quello privato noprofit; il settore privato, noprofit e forprofit, assorbe il 54% della spesa sanitaria totale, ed ha visto negli ultimi anni una lieve riduzione del proprio peso relativo.

Molteplici e differenziate sono le organizzazioni e le istituzioni che fan-

no riferimento al sistema sanitario: ospedali, studi medici, strutture di lungodegenza (nursing homes), centri extraospedalieri specialistici (centri di diagnostica per immagini, poliambulatori, laboratori di analisi chimicocliniche), sistemi di managed care, (si veda più avanti § 2), che possono essere definiti come piani assicurativi con pacchetti di servizi sanitari prenegoziati, distinti tra HMOs (health maintenance organizations), PPOs (preferred provider organizations) e IPAs (independent practice association).

Negli USA vi sono 6600 ospedali e 1100 compagnie assicurative che lavorano nel settore sanitario; ben 12500 sono le strutture che operano nel comparto della lungodegenza e della assistenza sanitaria domiciliare.

La rilevanza e la complessità del sistema sanitario sono ulteriormente confermate guardando ai dati di personale: dieci milioni di persone lavorano in questo settore tra cui due milioni di infermieri e 650.000 medici. Per un primo confronto basta ricordare che il settore credito assicurazione immobiliare occupa 6.600.000 addetti.

Il segmento che ha presentato la più rapida crescita occupazionale è quello dei servizi sanitari domiciliari (tasso incremento annuo 90-93 17,6% annuo) in cui lavorano attualmente 473.000 operatori.

Una ulteriore peculiarità è relativa al sistema di certificazione dei centri di offerta di servizi sanitari (ospedali, strutture di lungodegenza, centri ambulatoriali, centri psichiatrici, centri per assistenza sanitaria domiciliare); vi è infatti un sistema fondato sulla cooperazione tra Governo federale che agisce per il tramite delle agenzie regionali della Health care financing administration e di agenzie indipendenti, in cui è prevista la partecipazione delle associazioni di categoria, dalla American Hospital care Association alla American Medical Association.

La principale agenzia indipendente, riconosciuta dal governo federale è la *Joint Commission of the accreditation of health care organizations*; agenzie pubbliche e agenzie regionali certificano la qualità logistico operativa delle strutture d'offerta, consentendo a queste ultime di potersi convenziona-

Tabella 1 - La spesa sanitaria negli USA: tendenze e previsioni

Item	1992 <sup>2</sup>	1993 <sup>3</sup>	1994 <sup>3</sup>
National health expenditures	840.4	942.5	1,060.5
Health services and supplies	813.9	914.0	1,029.6
Personal healthcare	739.0	830.2	934.8
Hospital	323.2	363.4	408.8
Physicians' services	157.1	175.2	194.9
Dentists services	40.4	44.2	47.5
Other professional services	41.7	47.4	54.0
Home health	12.7	16.5	22.2
Nondurable medical products	66.4	72.6	80.2
Durable medical equipment	13.2	14.2	15.5
Nursing home care	67.3	76.0	85.5
Other personal health care	17.0	20.7	25.2
Administration	48.6	54.3	61.9
Government public health activity	26.3	29.4	32.9
Research and construction	26.5	28.5	30.8
Research <sup>4</sup>	13.3	14.1	15.0
Construction <sup>5</sup>	13.2	14.4	15.8

Fonte: US Industrial outlook 1994 US Department of Commerce 1994

re con i fondi assicurativi pubblici MEDICARE e MEDICAID (3). Eccezione significativa è rappresentata dai laboratori di analisi chimicocliniche; un atto federale del 1988 impone a queste strutture l'accreditamento indipendentemente dal convenzionamento con i fondi assicurativi federali e statali.

## 2. Una ristrutturazione guidata da Wall Street

In questo sistema la riforma annunciata della Presidente Clinton ha avuto un impatto significativo; dopo anni di

stasi sono riprese le fusioni tra imprese fornitrici, tra i centri di offerta e tra le imprese assicuratrici che si troveranno a dover gestire ed affrontare la minaccia competitiva rappresentata dalla estensione dei sistemi di *managed care* ed il nuovo assetto del sistema.

Le imprese sono consapevoli che qualsiasi sia la soluzione adottata, ed anche nella ipotesi di blocco delle proposte di cambiamento, forti saranno le spinte per un contenimento dei costi a livello di sistema sanitario, il che determina un impatto immediato sui fatturati aziendali e soprattutto porta alla

uscita dal mercato delle imprese meno competitive. Alcune società di consulenza statunitensi hanno previsto l'uscita dal mercato di circa il 50% delle imprese farmaceutiche entro 10 anni e l'affiliazione, sempre entro cinque anni, dell'80% degli ospedali ad un *network/catena* multiospedaliera (Newsweek 15 agosto 1994).

Nella tabella 2 vengono presentate (Business Week 15 agosto 1994) le principali fusioni ed alleanze che hanno contraddistinto nell'ultimo anno la sanità statunitense, distinte per imprese farmaceutiche, ospedali e compagnie assicurative.

**Tabella 2 - Fusioni, incorporazioni, joint ventures e partnership nel settore sanitario statunitense**

Settore	Imprese interessate	Tipologia	Valore e periodo
<i>Farmaceutico</i>	American Home products / American Cyanamid	Acquisizione	US \$ 8,5 miliardi agosto 1994
	Eli Lilly / PCS Health system	Acquisizione distributrice farmaci	US \$ 4 miliardi luglio 1994
	Roche Holding / Syntex	Offerta acquisto	US \$ 5,3 miliardi maggio 1994
	Merck / Medco	Alleanza con distributrice farmaci HMO	US \$ 6,3 miliardi luglio 1993
<i>Ospedaliero</i>	Columbia / HCA Healthcare / Medical care America	Formazione sistema multiospedaliero con 200 osp. (30 Stati). Combinazione tra acquisto e fusione	US \$ 10,9 miliardi giugno 1993-luglio 1994
	Health Trust / Epic Holding	Fusione tra due catene ospedaliere 115 osped. (22 Stati)	US 1 miliardo gennaio 1994
<i>Assicurativo</i>	Travelers / MetLife	Fusione copertura raggiunta 13 milioni assicurati (primo gruppo assic. sanità)	650 milioni US \$ giugno 1994
	T2 Medical / Curaflex / Healthinfusion / Medisys	Fusione tra quattro società costituzione nuova impresa Coram Healthcare secondo gruppo assist. sanitari domiciliare	550 milioni US \$ febbraio 1994
	FHP International / Takecare	Costituzione nuovo sistema managed care (1,7 milioni associati 11 Stati)	US \$ 1,1 miliardi gennaio 1994
	Health Net / QualMed	Fusione tra due HMOs (6 Stati)	US \$ 775 milioni agosto 1993

Molte operazioni esprimono chiaramente le strategie di anticipazione delle imprese; le fusioni tra imprese farmaceutiche e imprese di distribuzione di farmaci che sono interlocutori dei sistemi di *managed care*, HMOs in primo luogo sono importanti indicatori della volontà di rafforzamento delle posizioni di mercato delle prime che si assicurano i grandi clienti, abbattendo i costi di distribuzione:

Anche il sistema assicurativo mostra segni di forte vitalità; le grandi compagnie si stanno attrezzando alla sfida dei sistemi di *managed care* e questi ultimi rafforzano come vedremo (si veda 3) la loro posizione competitiva attraverso fusioni ed accordi. Nello stesso settore ospedaliero la fusione Columbia HCA ha dato luogo ad un gruppo di rilevanti dimensioni che cerca di sfruttare al massimo le possibili sinergie e di ridurre la crescita dei costi, attraverso la mobilitazione delle risorse interne e il rafforzamento della capacità negoziale negli acquisti.

Forte è quindi l'attenzione del mercato azionario e degli investitori sul settore sanitario, attenzione, che come richiamato nel titolo del paragrafo, ha portato ad affermare che sono le banche d'affari e i fondi di investimento a guidare la ristrutturazione del settore sanitario.

In particolare il segmento che ha manifestato maggiore vitalità è rappresentato dalle Health maintenance organizations; si è ritenuto necessario sviluppare alcune considerazioni su questo segmento.

A conclusione della presentazione delle linee di tendenza su accorpamenti e fusioni in atto nei settori collegati alla sanità vanno richiamate le principali conseguenze associate a questo fenomeno. In particolare queste operazioni hanno avuto e stanno avendo un forte impatto sul mercato del lavoro sanitario e sui medici.

Fusione tra ospedali e *joint ventures* tra imprese assicurative hanno ridotto significativamente il numero dei posti di lavoro, in particolare negli *staff* centralizzati ed in alcune funzioni di supporto logistico operativo. Gli analisti di settore sottolineano peraltro che la riconfigurazione del sistema sanitario e soprattutto lo sviluppo dei sistemi di *managed care* stanno introducendo nuovi profili professionali nell'area amministrativa (informatica, controllo, fatturazione), area che è già sovradimensionata e nell'area sanitaria.

Le HMOs stanno infatti potenziando le funzioni di controllo e *audit* di qualità, di selezione dei fornitori, di marketing, di gestione degli associati; limitate se non nulle sono le possibilità di riconversione degli operatori in esubero, normalmente adibiti a attività tradizionali verso le nuove posizioni.

L'impatto più significativo dei cambiamenti in corso è avvertito dalla classe medica; la creazione di *corporations* ospedaliere di grandi dimensioni e soprattutto l'integrazione a valle ed a monte di diverse HMOs ed in generale di sistemi di *managed care* sta introducendo fattori di criticità nella classe medica che sta sempre più abbandonando la pratica professionale individuale, optando per una assun-

zione diretta all'interno di HMOs o di *network* di sistemi di *managed care*.

Nella tabella 3 vengono presentati alcuni recenti casi di acquisto da parte di imprese assicurative o di sistemi di *managed care* di studi medici (Business Week 1994); i casi riportati mostrano la crescente difficoltà della pratica medica individuale, stretta tra i costi legati alla tutela da malpractice, la maggiore complessità dei sistemi di fatturazione e il carico di lavoro amministrativo. In questa situazione le compagnie assicurative stanno sempre più rafforzando la loro rete di offerta sempre in funzione di anticipazione dello sviluppo dei sistemi di *managed care*; la CIGNA corp. citata nella tabella 2 ha recentemente aperto e/o comprato ben 400 centri medici, mentre AETNA, altra impresa segnalata, aprirà entro il 1995, 60 centri medici in sette Stati dell'Unione.

### 3. Health maintenance organizations e managed care: l'opportunità di investimento per gli anni 1990

È utile a questo punto presentare i protagonisti principali del cambiamento della sanità statunitense, più volte richiamati in precedenza come leva di manovra fondamentale nella

Tabella 3 - Imprese assicurative ed acquisto di studi medici

Impresa assicuratrice	Tipologia operazione
Aetna Life & casualty	piani di investimento di 65 mil US \$ per apertura di studi medici a livello nazionale
Blue Cross & Blue Shield of New Jersey	realizzazione di 10 studi entro il 1° gennaio 1995 (NJ)
Cigna	piano di sviluppo di 150 mil US \$ per apertura di 400 studi a livello nazionale
MetLife Healthcare	joint venture con network HMO per gestione di studi medici in sei Stati

Fonte: Business Week 19 settembre 1994

politica sanitaria governativa e come area di investimento a forte appetibilità per il mercato azionario. Innanzitutto che cosa sono i sistemi di *managed care*: sono piani assicurativi prepagati (con una corresponsione anticipata dei premi) che forniscono una copertura sanitaria comprensiva agli assicurati che aderiscono ai piani su base volontaria.

I servizi messi a disposizione dai piani di *managed care* sono servizi ospedalieri, servizi diagnostici, emergenza, alcuni servizi per la tutela della salute mentale, trattamenti sanitari per abuso di alcool e droghe, assistenza sanitaria domiciliare e prevenzione sanitaria.

All'interno dei sistemi di *managed care* occorre distinguere tra due principali tipologie che sono:

- HMO health maintenance organizations;
- PPO preferred provider organizations.

Attualmente (US Department of Commerce 1994) i sistemi di *managed care* forniscono copertura sanitaria al 25% della popolazione statunitense.

Le HMO costituiscono il segmento più interessante e dinamico; nel 1993 operavano 544 HMO (erano 662 nel 1987) che servivano circa 45 milioni di cittadini. La riduzione del numero delle HMOs non è legata a difficoltà di mercato quanto invece è spiegata dalle scelte di rafforzamento strategico messe in atto da queste organizzazioni: la variabile dominante negli ultimi due anni sono state le fusioni, le acquisizioni di piani di minori dimensioni da parte delle grandi HMO, i processi di consolidamento aziendale.

Sempre nel 1993 erano presenti circa 978 PPOs con circa 85 milioni di assicurati. I PPOs si differenziano dalle HMOs a livello dei meccanismi di controllo messi in atto sulle modalità

di utilizzazione dei servizi da parte dei pazienti associati.

In particolare i PPOs consentono ai propri membri di ricorrere a ospedali e centri di offerta esterni al piano assicurativo, anche se si riservano di coprire solo in parte i costi dei trattamenti sanitari.

HMOs e PPOs sono considerate un promettente settore di investimento dagli analisti finanziari; le prime soprattutto hanno da sempre presentato risultati reddituali più che positivi (nel 1993 il ROE era il 33% mentre la redditività sull'attivo totale era dell'8,8%).

Nel mutato contesto della sanità statunitense le organizzazioni della *managed care* stanno quindi svolgendo, nel mercato azionario, il ruolo che era stato svolto dai sistemi multiospedalieri (le grandi catene di ospedali for profit e no profit) nella seconda metà degli anni 1980.

Va ricordato che le aspettative sulla crescita dei sistemi multiospedalieri formatesi in passato e che portavano a prefigurare, per gli anni 1990, uno scenario caratterizzato dalla presenza di quattro cinque grandi gruppi a livello nazionale hanno subito un drastico ridimensionamento; solo ora (si veda § 5) le fusioni tra alcune *corporations* ospedaliere stanno rendendo di nuovo attuale il tema dei sistemi multiospedalieri.

È possibile che nel prossimo futuro si possa avere, al pari di quanto avvenuto per le grandi catene ospedaliere, un raffreddamento dell'interesse del mercato nei confronti delle HMOs.

In questo momento le HMOs vedono ancor più rafforzata la loro appetibilità a seguito delle più che positive prospettive di crescita (secondo stime di analisti dovrebbero assicurare entro il 1998 ben 80 milioni di persone) e dal rappresentare uno dei segmenti trainanti del mercato azionario; le azioni delle HMO sono salite nel 1994

del 17% (nello stesso periodo il mercato ha registrato una flessione dell'1%) rispetto alla crescita del 25% del 1993 ed all'aumento record dell'87% del 1992 (Business Week 29 agosto 1994).

Forti sono per le HMOs le minacce ambientali e non così semplici sono le loro prospettive di sviluppo, anche se saranno sicuramente favorite dalle politiche sanitarie governative.

È prevedibile una intensificazione della concorrenza con le altre imprese assicurative che si stanno attrezzando anch'esse sul terreno della *managed care* e soprattutto le HMO dovranno rispondere alle sempre più forti richieste di riduzione nei premi provenienti dalle imprese che assicurano i propri dipendenti: ad esempio in California 11 grandi imprese hanno recentemente negoziato ed ottenuto da 17 HMOs un taglio nei premi tra il 5 e il 10% per il 1995.

La risposta delle HMOs è stata l'intensificazione della competizione per conquistare maggiori quote di mercato. Nella tabella 4 vengono presentate alcune HMOs (di cui una Humana vede integrati una HMO ed un sistema multiospedaliero) particolarmente dinamiche sotto il profilo delle strategie imprenditoriali e che hanno presentato *performances* interessanti a livello azionario. Vi sono invece casi di HMOs che pur avendo perseguito politiche di mercato particolarmente aggressive sono state penalizzate dal mercato azionario (ad esempio MidAtlantic Medical Services, Oxford Health Plans e Foundation Health).

Le HMOs si stanno espandendo a livello territoriale attraverso fusioni ed acquisizioni; questo è il caso di una delle maggiori società del settore United Healthcare Corp che si sta sviluppando ad un tasso del 22% annuo.

Le HMO si caratterizzano poi per una forte capacità competitiva all'in-

terno del settore delle assicurazioni sanitarie; i loro costi di gestione aumentano annualmente ad un tasso del 2-4% rispetto all'8-10% delle compagnie assicurative tradizionali, che rimborsano sulle logiche *fee for service* (tariffa per prestazione). Capacità competitiva, visione strategica e minori costi di gestione candidano le HMOs ed in generale le formule di *managed care* a svolgere un ruolo dominante nel settore; sempre secondo le valutazioni di *merchant banks*, società di consulenza ed analisti finanziari entro il 2000 HMOs e PPOs copriranno il 90% della popolazione lasciando alle assicurazioni tradizionali, che continueranno ad operare secondo logiche *fee for service* solo il 10% (queste ultime hanno attualmente una quota di mercato pari al 68%).

Le HMO che presentano i tassi di crescita dei profitti più interessanti sono, secondo le valutazioni più recenti (Barrons 1994), United Health care (25%), US Heathcare (19%), Pacificare (20%), Oxford health plans (19%), FHP International (18%), Humana (28%), Coventry (23%) e Sierra (14%); due casi di particolare interesse sono *Value Health* una PPO che copre l'assistenza psichiatrica per 11 milioni di persone e che ha recentemente stabilito una *partnership* con Pfizer nel campo della distribuzione ed utilizzo dei farmaci e Caremark, società operante invece nel campo della distribuzione dei farmaci che ha definito accordi e *joint ventures* con una pluralità di imprese farmaceutiche come Pfizer, Rhone, Bristol Myers, Squibb, Ely Lilly, Rorer.

Le HMOs non costituiscono l'unica area attrattiva per i fondi di investimento e per gli investitori istituzionali; notevole attenzione viene dedicata in questa fase anche ad imprese produttrici di farmaci e tecnologie che sono orientate a presentarsi sul merca-

to con prodotti e servizi che facilitano l'obiettivo generale di controllo della crescita della spesa. Se in molti settori industriali l'obiettivo è quello di fornire prodotti e servizi attenti all'ambiente ed ecologicamente sostenibili, il settore sanitario sta introducendo come criterio di discriminazione il supporto alle politiche sanitarie ed il controllo dei costi.

Imprese che si sono prontamente adeguate al nuovo orientamento e che di conseguenza sono positivamente valutate dagli investitori sono Johnson & Johnson, Abbott Labs, Baxter, Medtronic; si è ritenuto utile fornire nella tabella 5 in un quadro organico delle imprese collegate al settore sanitario che sono utilizzate per la valutazione della *performances* del mercato

**Tabella 4 - Le HMOs ad elevato dinamismo imprenditoriale**

Nome HMO	Scelta strategica	Tasso sviluppo annuale	Price / equity (variaz. annuale)
United Healthcare	Nuovi mercati e nuovi clienti acquisizione piccole HMO	22%	34%
Healthsource	partnership con concorrente per mercato Stato New York	8%	28%
Humana	diversificazione ospedali espansione territoriale	6%	22%

Fonte: Business Week 29 agosto 1994

**Tabella 5 - Imprese dei settori industriali collegati al sistema sanitario componenti del DOW JONES**

Fornitori servizi sanitari	Farmaceutico	Materiale sanitario	Biotecnologie	Attrezzature medicali
Caremark int.	American Home products	Abbott Labo.	Amgen Inc	Acuson
Columbia HCA Health care	Bristol Myers Squibb	Amer Cynamid	Biogen Inc	Alza Corp
Community Psychiatric Cts	Johnson & Johnson	Bausch & Lomb	Centocor Inc	Biomet Inc
Humana Inc	Eli Lilly	Baxter Intntl	Chiron Corp	Medtronic
Manor care Inc	Merck & Co	Bard Inc	Pioneer Hi Bred	St Jude Medical
National Medical Enter	Pfizer Inc	Becton Dickinson		Stryker Corp
US Healthcare	Schering Plough Syntex Corp Upjohn Warner Lambert	Malinckroft		

azionario statunitense (indice DOW JONES Barron's 1994).

La notevole attenzione riservata dal mercato finanziario alle HMOs e alle nuove alleanze e *joint ventures* tra *corporations* ospedaliere e sistemi di *managed care* e tra sistemi di *managed care* e imprese produttrici di beni e servizi costituisce un importante segnale e consentirà probabilmente di assicurare, quantomeno a breve periodo, risorse per finanziare uno sviluppo accelerato e tali da controbilanciare difficoltà finanziarie riconducibili alla messa in atto di politiche di sistema volte al contenimento della spesa e alla contrazione dei servizi.

#### **4. Far funzionare la competizione in sanità (Olmsted, Porter, Brown 1994)**

Progettare e realizzare un sistema di incentivazione all'innovazione vista come fattore di stimolo allo sviluppo di competitività nel sistema sanitario statunitense, con un positivo impatto a livello di miglioramento della qualità e di riduzione dei costi; questa è la tesi di fondo contenuta nell'articolo di Porter, Teisberg e Brown apparso sul numero di agosto 1994 di Harvard Business Review, in cui sono state riprese le principali conclusioni di una ricerca triennale sulle dinamiche competitive in sanità (Innovation, information and competition: a lasting cure for US health care).

L'eliminazione o comunque un deciso ridimensionamento dei meccanismi distorsivi di incentivazione che hanno sino ad ora caratterizzato il contesto statunitense, determinando alternativamente o una crescita accelerata dei costi o un miglioramento della qualità a prezzo di una forte espansione della spesa, costituisce secondo questi autori componente basilare delle future politiche di intervento sul sistema sanitario nordamericano.

Tre sono le linee guida su cui è stato costruito l'articolo: descrizione degli incentivi distorsivi, sviluppo della informazione su qualità e prezzo dei pacchetti di servizi, innovazione di prodotto, processo e sistema di gestione dei servizi collegata sempre allo sviluppo di imprenditorialità.

Nella prima parte sono descritti ed approfonditi i circoli viziosi generati dagli incentivi, iniziando dal rapporto tra terzi paganti (le assicurazioni sanitarie pubbliche e private) e i pazienti.

I fondi assicurativi sono infatti sempre più interessati a competere attraverso modalità che consentono di escludere i pazienti a rischio sanitario che richiedono cure costose e poco interessanti sotto il profilo premi/rimborsi ai fornitori di servizi sanitari o ad introdurre sistemi di compartecipazione alla spesa degli assicurati per alleggerire i costi.

Questa situazione produce una forte conflittualità tra terzi paganti e pazienti e soprattutto non spinge i terzi paganti a selezionare le strutture sanitarie che offrono pacchetti di servizi sanitari che migliorano la qualità dei risultati e riducono i costi.

Vi sono poi sistemi di incentivazione nei confronti dei fornitori che determinano l'espansione dei costi; in primo luogo ospedali e strutture sanitarie extraospedaliere sono stimolati a massimizzare l'ammontare dei rimborsi richiesti ai terzi paganti.

Critiche vengono sollevate sui sistemi di pagamento prospettico, introdotti da MEDICARE nel 1983 e basati sull'ormai noto DRG (diagnosis related group).

Pur riconoscendo l'efficacia dei DRG che hanno ridotto negli ultimi anni di mezza giornata la durata media di degenza e diminuiti del 20% i ricoveri ospedalieri, gli autori mettono in rilievo i costi indotti da questo strumento sulla spesa sanitaria riconducibili a:

— premature ed anticipate dimissioni dei pazienti e spinte a ridurre l'intensità dei trattamenti terapeutici;

— ricoveri non necessari e/o parzialmente giustificati che comportano degenze brevi e che consentono di rispettare i vincoli fissati in sede di DRG;

— aumento del tasso di incidenza di problemi sanitari prolungati e ricorrenti (ad esempio più ricoveri brevi per la stessa patologia).

Inoltre la mancata estensione delle logiche DRG alle prestazioni extraospedaliere dove permane ancora il sistema di rimborso *costplus* ha portato all'opposto ad un aumento dell'intensità del processo diagnostico terapeutico.

Un secondo esempio di incentivazione distorta è stato messo in atto nei confronti dei medici che sono stimolati nell'attuale situazione ad aumentare i servizi offerti a fronte di un sistema di rimborso *fee for service* (tariffa per prestazione).

L'introduzione di modalità di rimborso basate sulla quota capitaria dovrebbe attenuare questo fenomeno; un nodo critico in prospettiva è legato al nuovo sistema di rimborso RBRVS (resource based relative value system) che pur prevedendo tariffe differenziate (più basse) per accertamenti di diagnostica strumentale rispetto alle visite, può spingere questi operatori ad aumentare il volume delle prestazioni per mantenere i livelli di reddito acquisiti (effettuando più visite per problema sanitario trattato).

Un terzo circolo vizioso è collegato alla richiesta di esami e visite, in numero nettamente superiore alla prassi consolidata, da parte dei medici, collegati ad imprese assicurative, quando questi agiscono come centri d'acquisto di servizi sanitari per conto dei loro pazienti.

Questi medici, visti spesso come i guardiani delle porte del sistema, sono

assimilabili ai medici di base dei sistemi sanitari pubblici, sono scarsamente incentivati a scegliere, per i loro pazienti, i pacchetti di prestazioni a minor costo (ad eccezione dei medici facenti parte dei sistemi di managed care); all'opposto si hanno invece casi di richieste eccessive quando i medici hanno interessi diretti nei centri di offerta (4).

Vi sono altre due dinamiche distorsive nel sistema sanitario statunitense, sempre riferite ai medici; gli incentivi espliciti ed impliciti ad aumentare le tariffe e gli incentivi a esercitare una pratica medica difensiva.

Per capire l'impatto del primo meccanismo va richiamata la specificità del settore sanitario in cui la diffusione della tecnologia e l'offerta di nuovi servizi non determinano una riduzione dei prezzi; i pazienti non sono infatti sensibilizzati sui prezzi e le stesse imprese di assicurazione rimborsano i medici non sui costi di produzione ma sulla tariffa praticata agli utenti.

Inoltre molto spesso i medici hanno adottato strategie di risposta tese ad aggirare le restrizioni e i vincoli (congelamento delle tariffe, strutture tariffarie fisse) introdotti dalle compagnie assicurative e finalizzati per contro a controllare la crescita della spesa.

L'adozione di pratiche mediche difensive è diventata una risposta obbligatoria per i medici statunitensi a fronte del sempre maggiore rischio malpractice; conseguenza diretta è l'iperprescrizione di esami e visite specialistiche.

Particolare attenzione viene dedicata ai meccanismi distorsivi che incentivano i fornitori dei servizi ad effettuare eccessivi investimenti infrastrutturali e tecnologici, creando notevoli problemi in un settore come quello sanitario in cui gli investimenti non sono direttamente finalizzati a favorire la differenziazione, aumen-

tando quindi la capacità competitiva dei centri di offerta e diminuendo i costi.

Il meccanismo di rimborso previsto da Medicare e in vigore fino al 1992 basato sulla logica *costplus*, ha creato condizioni molto favorevoli per lo sviluppo degli investimenti, portando a capacità produttiva in eccesso. I correttivi che sono stati recentemente introdotti dalle agenzie di regolamentazione e dai fondi assicurativi pubblici non hanno portato alla eliminazione dell'incentivazione *costplus* ma si sono limitati a introdurre modalità di regolazione della dotazione tecnologica, basati sulla valutazione dei bisogni e della domanda di servizi espressi dalla collettività locale.

La modifica nelle modalità di rimborso MEDICARE, che prevede un tetto massimo per l'ammortamento degli investimenti in capitale, ha sicuramente permesso di attenuare gli effetti del circolo vizioso delle politiche di investimento. Rimangono spazi significativi di elusione dei nuovi vincoli, ad esempio vengono previste attenuazioni al tetto massimo di dotazione tecnologica in funzione della localizzazione geografica, della tipologia di pazienti, e delle caratteristiche di rimborso.

Un importante fattore distorsivo che viene messo in evidenza parlando di ospedali e di investimenti tecnologici è poi rappresentato dalle barriere all'uscita, che proteggono centri di offerta di servizi che operano al di sotto di *standard* predefiniti di qualità; emblematica è la mancata correlazione tra riduzione nella domanda di servizi ospedalieri avvenuta nel corso degli anni 1980 e il ridimensionamento della dotazione infrastrutturale e tecnologica. A molti produttori inefficienti o meglio scarsamente efficienti è stato permesso in passato di rimanere sul mercato proprio grazie alle modalità di rimborso adottate.

Il nodo critico del sistema viene identificato nella debolezza del sistema informativo a disposizione dei terzi paganti, dei centri di offerta di servizi sanitari e degli utenti/clienti; è interessante segnalare che questa debolezza informativa caratterizza anche i sistemi di *managed care* in cui vi sono medici che scelgono i centri di offerta e il tipo di processo diagnostico terapeutico.

La scarsità di informazioni comparate su qualità e capacità operativa dei diversi centri di offerta e l'assenza di informazioni significative sui risultati degli interventi hanno spinto ospedali e medici a competere non tanto sul cuore del servizio quanto piuttosto sul sistema di gestione dei servizi, in concreto sul differenziale di servizi alberghieri, di dotazione tecnologica ed infrastrutturale.

Lo sviluppo del sistema informativo diventa così priorità per il sistema sanitario; grazie a questo intervento sarà possibile mettere a disposizione dei diversi attori coinvolti nel sistema sanitario indicatori di risultato per determinate condizioni nosologiche e per tipologie di trattamenti terapeutici, sostituendo progressivamente i dati aggregati finora disponibili, basati sul confronto dei costi e dell'efficienza operativa di reti di centri di offerta di servizi sanitari.

Altra area di intervento ad elevata priorità è rappresentata dal sistema di incentivi, che va ripensato e riorientato in base alle seguenti logiche di fondo:

— da strumento che ha prodotto un maggiore ricorso ai servizi sanitari a leva per la promozione e il miglioramento della salute;

— a supporto di interventi finalizzati alla riduzione dei costi e non ad azioni che hanno determinato la riduzione dei servizi sanitari erogati, attraverso anche il potenziamento dei servizi di supporto amministrativo.

Si è infatti riscontrato nel sistema sanitario statunitense, a seguito della sempre maggiore complessità burocratica amministrativa dei meccanismi di incentivazione previsti, un trasferimento di risorse dai servizi finali agli utenti ai servizi di supporto logistico amministrativo; i costi amministrativi rappresentano il 25% della spesa totale.

L'articolo termina con la presentazione dei contenuti delle possibili politiche di intervento che dovranno essere adottate per razionalizzare il sistema d'offerta e contenere i costi. Linea guida di queste politiche sono salvaguardare e stimolare la tensione alla innovazione e soprattutto l'eccellenza del sistema statunitense, che secondo gli autori, viene espressa dalla capacità di attrazione, di professionisti e specialisti da un lato e pazienti dall'altro, a livello mondiale.

Quattro sono i fattori distintivi delle politiche di intervento proposte:

1) correzione degli incentivi esistenti per stimolare una competizione produttiva;

2) copertura assicurativa universale per conseguire una maggiore efficienza;

3) potenziamento del sistema informativo per permettere ai diversi attori scelte ragionate;

4) sviluppo dell'innovazione per garantire un progressivo miglioramento nei servizi offerti.

Particolare attenzione viene dedicata all'incentivare la competizione; gli autori, come già anticipato, segnalano però i rischi associati alla ulteriore diffusione dei sistemi di *managed competition*, ed in particolare la possibilità di creazione di monopoli bilaterali a livello di clienti e di fornitori, entrambi con scarsa propensione alla innovazione.

Per gli studiosi che fanno riferimento all'approccio della strategia

competitiva, l'alternativa alla *managed-competition* è una rigorosa concorrenza tra i fornitori dei servizi e i fondi assicurativi finalizzata a creare valore per i clienti/utenti dei servizi sanitari. Questa indicazione assume il valore di dichiarazione di principio dato che non viene spiegato perché i sistemi di *managed care* non creano valore e soprattutto quale configurazione di sistema e quali centri di offerta dovrebbero creare valore (lo stesso concetto di valore rimane indeterminato).

La rigorosa concorrenza dovrebbe prevedere la messa in atto di misure come il mantenimento, se non il potenziamento, delle normative antitrust, l'uscita dal mercato di fornitori di servizi che operano al di sotto di *standard* di funzionalità e qualità, lo stretto controllo di comportamenti collusivi, il rifiuto della adozione di sistemi di *pricecap* per la messa sul mercato di nuovi farmaci e di nuove tecnologie biomediche.

Viene poi richiesta una maggiore sintonia tra incentivi per i terzi paganti (fondi assicurativi) e per i pazienti da ottenere attraverso un equilibrio tra gli interessi in gioco, la semplificazione del contenuto delle assicurazioni sanitarie, una maggiore responsabilità dei pazienti.

Interessante è la presa di posizione favorevole all'estensione della copertura sanitaria, che, secondo Porter, dovrebbe trasformare tutti gli utenti in clienti paganti sensibili alla qualità dei servizi.

Particolare rilievo assumono, come già ricordato, gli interventi a livello di sistema informativo; l'informazione dovrà essere riferita a specifici trattamenti ed al correlato processo diagnostico terapeutico, forniti dai centri di offerta e dovrà includere valutazioni sui risultati a breve e a lungo termine. Anche questa indicazione risulta semplificativa in un contesto quale quello

sanitario in cui da circa venti anni nei differenti sistemi si stanno elaborando e sperimentando sistemi di *medical audit*, valutazione della qualità e che vede il sistema statunitense grande produttore di informazioni (si pensi ad esempio ai *Professional Standard Review Organization*) a basso valore aggiunto.

Lo sviluppo di indicatori di risultato comprensibili ed accessibili dovrà diventare in questa prospettiva una priorità di ricerca a livello nazionale.

Forti critiche vengono sollevate sull'introduzione di meccanismi restrittivi alla crescita dei prezzi dei fattori produttivi, meccanismi rappresentati da gruppi di acquisto e acquisti centralizzati (a livello ad esempio di sistemi multiospedalieri), da creazione di *partnership* e *joint ventures* tra gli stessi fornitori di beni e servizi e i centri di offerta di servizi sanitari (HMOs e sistemi multiospedalieri), ai tetti sulla crescita di prezzi di farmaci e tecnologie.

Viene enfatizzata invece la necessità di eliminare vincoli alle imprese operanti nei differenti comparto farmaceutico, delle attrezzature sanitarie e delle tecnologie biomediche per stimolare ad innovazioni di processo e di prodotto tali da consentire una diminuzione dei costi ed un miglioramento della qualità.

La riforma del sistema sanitario dovrà essere basata quindi su forti incentivi alla innovazione medica e manageriale.

## 5. La tranquilla rivoluzione della sanità statunitense (Herzlinger 1994)

La tesi di fondo dell'articolo di R. Herzlinger, *The quiet health care revolution*, è rappresentata da una forte critica ai progetti di riforma governativi; secondo l'autrice negli ultimi anni si è assistito ad una vera e propria rivo-

luzione imprenditoriale che ha migliorato l'efficienza e la capacità di risposta del sistema sanitario statunitense, rallentando la crescita delle spese. Questa affermazione sembra peraltro smentita dai più recenti dati a disposizione ricordati nel § 1 che mostrano un tasso di crescita annuo tra '92 e '93 del 12,5%.

Evitare qualsiasi interferenza alla crescita spontanea del sistema e lasciare pieno corso alla rivoluzione imprenditoriale costituiscono le linee guida da seguire in questa fase. Notevoli sono i punti di contatto tra l'autrice con le opinioni di Porter et al., soprattutto per quanto concerne l'enfasi assegnata alla innovazione, alla capacità di autoregolazione del sistema e al ruolo trainante delle imprese; occorre però segnalare che questi ultimi autori riconoscono la necessità di apportare correttivi ed aggiustamenti al sistema (copertura sanitaria universale). La visione liberista e fortemente legata alla logica di *consumer choice* che ha indirizzato guidato nel corso degli anni 1980 gran parte delle politiche sanitarie statunitensi ispira l'impostazione della Herzlinger che rifiuta la messa in atto di politiche governative di intervento. Singolare infine è la combinazione nell'articolo tra scelta del consumatore, consumerismo (i consumatori che sottopongono, come tanti Ralph Nader, a critica serrata i centri produttori di servizi), fitness e coscienza e autotutela del proprio stato di salute.

La rivoluzione imprenditoriale del sistema sanitario statunitense si è fondata in questi ultimi anni su *ventures* e accordi aziendali di vario tipo, di cui alcuni con esito positivo ed altri invece con risultati più incerti e problematici: queste dinamiche hanno interessato in primo luogo le modalità organizzative di offerta dei servizi sanitari, in cui rilevanti sono state le innovazioni introdotte.

Altri due ambiti in cui si è sviluppata la tensione al cambiamento sono l'introduzione delle nuove tecnologie che in molte situazioni non hanno rappresentato fattore di crescita dei costi ma hanno consentito di generare importanti risparmi. Esemplari sono a questo proposito i casi della microchirurgia, della diagnostica per immagini e della combinazione tra telecomunicazioni ed informatica che ha dato luogo allo sviluppo della telemedicina. Ultimo ma non meno importante ambito di innovazione è rappresentato dalla assunzione diretta da parte degli utenti/consumatori dei problemi dei costi e della qualità.

L'articolo offre quindi una interessante sistematizzazione delle diverse dinamiche che hanno investito il sistema di offerta, dinamiche che possono essere distinte in specializzazione crescente, integrazione verticale ed integrazione orizzontale; questa sistematizzazione costituisce senza dubbio il contributo più interessante dell'articolo, molto discutibile invece sotto i profili delle tesi di fondo e delle conclusioni. Se infatti Porter affronta per la prima volta le problematiche di sistema sanitario con soluzioni semplificate, Herzlinger lavora da anni sul tema del *management* e della gestione sanitaria; il suo punto di vista è fortemente condizionato da valori di fondo che portano a rifiutare le politiche proposte dal Governo Federale, valori comunque la cui critica e messa in discussione non è certo obiettivo di questa presentazione.

*La specializzazione.* Negli ultimi anni si sono sviluppati centri di produzione e di offerta di servizi sanitari (le cosiddette *focused factories*) capaci di approntare e fornire tutti i servizi (diagnostici, terapeutici, riabilitativi) necessari per trattare un determinato problema sanitario (5); molti ospedali si sono così trasformati e riconvertiti

in centri specializzati per mantenere il loro vantaggio competitivo.

Notevoli sono i vantaggi di queste strutture specializzate conseguibili a livello di qualità dei servizi e di contenimento dei costi. In primo luogo i centri specializzati consentono un migliore assorbimento di costi fissi che vengono ripartiti su un elevato volume di servizi offerti. La focalizzazione sul problema sanitario ha poi portato ad una reingegnerizzazione del processo diagnostico terapeutico in linea con la esigenza che sembra dominante in questo periodo nelle imprese statunitensi di ridefinizione e riprogettazione dei processi (*reengineering*). Parte importante è stata giocata in questa prospettiva dagli utenti/pazienti a cui sono state addirittura decentrate, in alcuni casi, fasi del processo di produzione della prestazione.

Infine le curve di esperienza acquisite dai centri specializzati hanno consentito, sull'esempio di quanto avviene in imprese operanti in altri settori, un significativo abbattimento dei costi.

La specializzazione sta interessando in particolare il settore della chirurgia ambulatoriale e del *day surgery*: in questo ambito si sono avuti processi di ristrutturazione e scorporo di aree di attività dagli ospedali e di creazione di centri dedicati che nel 1990 effettuavano il 50% di tutti gli interventi chirurgici a fronte del 25% rilevato nel 1983. Anche i centri per l'assistenza domiciliare, di cui è già stato ricordato il forte sviluppo (si veda § 1), sono un significativo esempio della tendenza alla specializzazione.

Le strategie di anticipazione e reazione alle politiche governative di riassetto del sistema sanitario, basate sulla specializzazione e sul contenimento dei costi, sono destinate ad avere un forte impatto sul sistema di offerta: American Hospital association ha previsto, per i prossimi tre anni, una

riduzione del 25% della capacità di offerta degli ospedali a seguito della ulteriore diffusione di queste strutture specializzate.

L'effetto specializzazione si è esteso secondo l'autrice ad altri comparti in particolare a quello della distribuzione dei farmaci dove alcune imprese farmaceutiche hanno incorporato società di distribuzione per negoziare di-

rettamente con i nuovi clienti, rappresentati dai sistemi di *managed care* e dove le stesse distributrici stanno rein-gerizzando i processi, arrivando direttamente ai consumatori e saltando i canali rappresentati dalle farmacie e dagli altri punti di distribuzione.

Negli ultimi due anni sono ripartite, per ospedali e per le strutture di lungodegenza, le scelte di integrazione oriz-

zontale; questa dinamica che aveva accompagnato lo sviluppo dei multihospital system a cavallo tra gli anni 1970 e 1980 subendo però un forte rallentamento. Esempio è il caso della Hospital Corporation of America (si veda figura 5); da 486 ospedali posseduti dalla corporation nel 1985 (di cui 35 a livello internazionale) si è scesi nel 1992 a 73 ospedali e 26 ospedali

Figura 5 - La riconfigurazione strategica del gruppo multiospedaliero Hospital Corporation of America



psichiatrici. Allo snellimento del gruppo ha fatto seguito nel 1994 una clamorosa inversione di tendenza rappresentata dalla fusione di Hospital Corporation of America con un'altra catena multiospedaliera la Columbia, che ha dato vita ad un gruppo di notevoli dimensioni.

L'integrazione orizzontale si basa sul principio, già adottato in altri settori (tipici sono quelli alberghiero, alimentare e della distribuzione commerciale) di offrire gli stessi servizi sanitari, con identiche modalità e sistemi di gestione dei servizi, in differenti aree geografiche.

Conseguenza della adozione di logiche di integrazione orizzontale è la formazione di catene o meglio *network* di ospedali, di strutture di lungodegenza per anziani, di centri sanitari nonprofit e for profit; emblematici sono i casi di due sistemi *leader* a livello statunitense, Mediplex nel settore delle *nursing homes* e Columbia Healthcare Corporation nel settore ospedaliero. Difficile è la valutazione dei risultati conseguiti a seguito di strategie di integrazione orizzontale: a differenza della specializzazione si sono riscontrati casi di successo e all'opposto esiti più sfumati ed incerti.

Risultati positivi sono stati conseguiti dalle catene e dai sistemi multiospedalieri nei processi di acquisto di materiale sanitario, di farmaci, di servizi e di attrezzature tecnologiche; grazie alla gestione centralizzata Columbia HCA è riuscita a ridurre di ben 60 milioni di US \$ contratti di acquisto per 220 milioni di US \$.

*L'integrazione verticale.* Per integrazione verticale si intende la capacità da parte di un produttore di offrire un insieme di servizi sanitari che copra i diversi segmenti dall'assistenza sanitaria domiciliare, ai centri specialistici extraospedalieri, ai ricoveri, a *day hospital* e *day surgery*, ai ricoveri per patologie di differente complessità.

Tipico esempio di integrazione verticale è la Kaiser Foundation californiana, una HMO con 5 milioni di utenti.

Molto aperta è la valutazione fornita sui risultati della integrazione verticale; al caso di successo della Kaiser vengono contrapposte le difficoltà registrate da Humana (uno dei più importanti sistemi multiospedalieri statunitensi) che ha proceduto ad una forte integrazione di diverse strutture ma che sta rivedendo in questa fase la propria configurazione globale, valutando se sia opportuno o meno tenere all'interno del gruppo una propria HMO. È interessante ricordare che proprio sul profilo della integrazione verticale un ruolo pilota viene giocato da una *corporation* ospedaliera pubblica, la Health and Hospital *corporation* di New York che gestisce strutture di offerta molto diversificate e possiede una propria HMO.

Nelle conclusioni dell'articolo l'autrice sottopone ad una critica serrata, al pari di Porter *et al.*, i sistemi di *managed care*, di cui vengono analizzate le diverse versioni da quella capitolina, a quella staff e a quella di gruppo (i cosiddetti *prepaid group practice*) (per una breve descrizione delle diverse tipologie Meneguzzo 1983). Herzlinger riconosce sicuramente ai sistemi di *managed care* la capacità di aver posto un freno alla crescita dei costi anche se afferma che si è prodotto nella realtà un effetto di trasferimento; in concreto i sistemi di *managed care* hanno spostato su altri sottosistemi della sanità statunitense i loro costi. L'affermazione dell'autrice è particolarmente forte anche perché non appare suffragata da dati empirici; ancora una volta va segnalata la modalità di lettura dei sistemi di *managed care* utilizzata da questi studiosi di *management*, che vedono in queste imprese, sviluppatasi in stretta coerenza con le politiche regnanti degli anni 1980, il nemico inter-

no del mercato e la leva di manovra per introdurre un sistema sanitario pubblico nel contesto USA.

Agli stessi sistemi viene imputata la responsabilità di inibire e frenare l'innovazione proprio per l'enfasi assegnata al contenimento della spesa «a tutti i costi»; anche questa tesi viene però in parte contraddetta nell'articolo e soprattutto dalla realtà che mostra che le HMOs stanno muovendosi con elevato dinamismo imprenditoriale e con aggressive strategie di mercato, che prevedono consistenti innovazioni di prodotto e di processo.

---

(1-2) Nel corso del 1994 sono stati elaborati tre diversi piani correttivi ed in parte alternativi rispetto al piano originario del presidente Clinton; i piani fanno riferimento ai tre senatori Mitchell, Dole, Gephardt (Nation Business september 1994).

Il Piano di Mitchell è quello che più si avvicina ai contenuti del piano del Presidente e prevede la copertura del 95% della popolazione entro il 2000, l'obbligo di copertura dei dipendenti per le imprese con più di 25 addetti, la possibilità di scelta per le aziende tra almeno tre piani assicurativi sanitari alternativi, assistenza gratuita per la popolazione al di sotto della soglia di povertà e sussidi per popolazione con reddito prossimo a questo livello, creazione di cooperative d'acquisto di assicurazioni sanitarie, sistemi di controllo sulla crescita della spesa pubblica a livello federale ed infine modalità di finanziamento quali incremento dei premi Medicare, tasse sui tabacchi, tasse sui piani assicurativi.

(3) Medicaid è un programma di assistenza sanitaria, finanziato con fondi federali e statali, per la popolazione a basso reddito; Medicaid copriva nel 1992 31,2 milioni di persone ad un costo di 91,5 miliardi di US \$.

Medicare è un programma federale che offre assistenza ospedaliera e servizi sanitari per la popolazione con più di 65 anni, per determinate categorie di pazienti disabili e per le persone con patologie renali. Medicare copre 34 milioni circa di persone, di cui il 97% sono anziani; è suddiviso in due sottoprogrammi Parte A per l'assicurazione ospedaliera e Parte B per l'assicurazione medica supplementare.

(4) Uno studio della Università della Florida ha dimostrato che i laboratori di proprietà dei medici eseguono il doppio degli esami per paziente assicurato rispetto ai laboratori indipen-

denti; in Arizona uno studio ha sempre mostrato che medici che possiedono attrezzature per la diagnostica per immagini prescrivono ai loro pazienti un numero di esami quattro volte superiore a quello di altri medici.

Nel 1992 è stato approvato un provvedimento del Congresso (Stark Bill) che impedisce ai medici di fatturare a Medicare servizi resi a pazienti effettuati in laboratori dove il medico è coinvolto come azionista.

(5) L'esempio che viene riportato è l'ospedale canadese Shouldice di Toronto specializzato in ernie inguinali.

Nell'articolo viene poi sottolineato che la creazione di centri specializzati nel trattamento della cataratta dovrebbe portare all'eliminazione di circa il 40% degli oculisti statunitensi.

#### BIBLIOGRAFIA

BONDONIO P., *Il ruolo del medico di base in un mercato interno sanitario* in AA.VV. *Concorrenza e servizi sanitari*, Istituto Studi Regioni CNR 1994.

FATTORE G., *Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi di mercato*. *Mecosan* n. 3, luglio- settembre 1992.

HERZLINGER R., *The quiet health care revolution*, *The Public interest* n. 115 spring 1994.

MENEGUZZO M., *Concorrenzialità e sistema sanitario negli Stati Uniti* *Economia Pubblica* n. 7-8 1983.

OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, USA 1992.

TEISBERG E.O., PORTER M.E., BROWN G.B., *Making competition in health care work*, *Harvard Business Review*, July-August 1994.

UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE U.S., *Industrial Outlook 1994 Health and Medical Services*.

*Health Reform watch*, *Nation's Business*, September 1994.

*There's no time like the past to invest in HMOs*, *Business Week*, August 29, 1994.

*To your portfolio's health*, *Barron's* August 22, 1994.

*Your doctor's boss may be an insurance company*, *Business Week* 19 settembre 1994.

*With or without you (Wall Street is reforming health care)*. *Newsweek* 15 agosto 1994.

**Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

# UNA STRATEGIA AZIENDALE PER I SISTEMI INFORMATIVI DELLA NUOVA SANITÀ PUBBLICA

di Claudio Caccia e Edoardo Cagli 1

Ufficio sistemi informativi - U.s.i. 68 Rho (MI)  
1 Bull Italia

**SOMMARIO:** 1. I sistemi informativi nella sanità pubblica - 2. S.I. come supporto ai processi di cambiamento strategico - 3. Lo staff ed il personale dei S.I. - 4. Il progetto di S.I. in corso presso l'U.s.i. 68 di Rho - 5. La pianificazione del sistema - 6. La gestione del sistema - 7. Stato di realizzazione del progetto.

## 1. I Sistemi Informativi nella sanità pubblica

Chi si è occupato di Sistemi Informativi (SI) ha potuto fare riferimento — nel corso degli anni — a tre principali approcci:

— quello degli studiosi di *business administration* (tra cui Forrester, Anthony, Simon, anni 60-70) in cui il SI viene visto come strumento a supporto del governo interno dell'azienda;

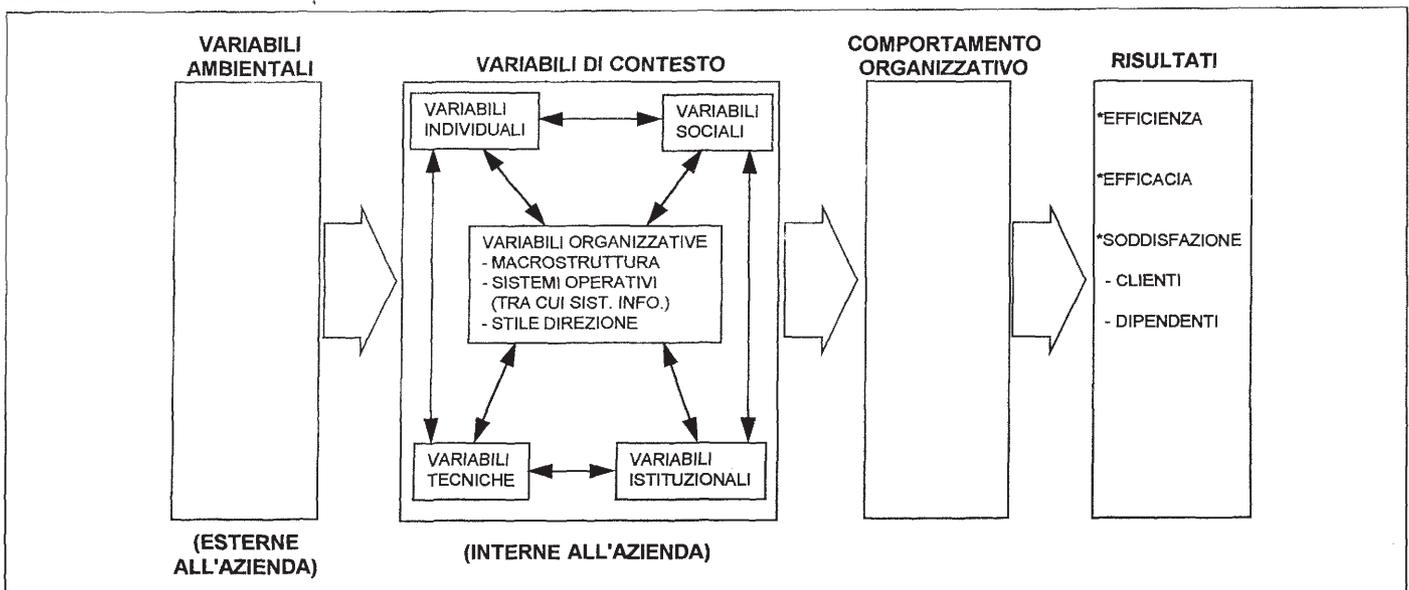
— quello degli studiosi di SI (tra cui McFarland, Nolan e Norton, Davis, anni 65-75) nei cui studi prevale lo sviluppo dei SI automatizzati e, di conseguenza, è preponderante l'attenzione alle componenti tecnologiche e del processo di produzione del *software*;

— quello di studiosi di discipline diverse ed in particolare di economia aziendale (tra cui Rugiadini, Airoidi, anni 75-80) nel quale il SI è inteso

come una delle variabili tipiche dell'assetto organizzativo aziendale, da progettare e mantenere in sintonia con le altre strutture, in modo che l'insieme delle stesse risponda adeguatamente alle «strategie» dell'azienda.

Nel modello socio-tecnico di Seilen-Rugiadini (tavola 1), che riteniamo possa costituire un approccio particolarmente idoneo per le future aziende sanitarie, si sostanzia che un'azienda, per produrre risultati si-

Tavola 1



gnificativi in termini di efficienza, efficacia e soddisfazione dei propri «clienti», ma anche dei professionisti in essa operanti, deve essere fortemente orientata al proprio ambiente di riferimento (mercato), sulla cui evoluzione deve saper adattare il proprio assetto organizzativo, il quale, a sua volta, è la risultante dell'interazione di diverse variabili chiamate variabili di contesto. In questo approccio, il SI deve essere fortemente coerente e sinergico con le altre variabili di contesto, con l'obiettivo di supportare il raggiungimento di risultati aziendali significativi, misurabili non solo in termini di efficienza del SI stesso.

Va peraltro precisato che i tre tipi di approccio sinteticamente descritti, al di là delle loro differenze, presuppongono la nascita e la precisa definizione di una **cultura dei sistemi informativi**, intesi come **variabile aziendale strategica** cui vanno dedicate attenzioni e risorse.

In questi anni, nella Pubblica amministrazione e nella Sanità pubblica, al contrario, si è assistito ad un tentativo di introduzione dei SI caratterizzato da:

1) un contesto istituzionale «pianificatorio» non chiaramente delinea-

to, spesso contraddittorio e in ritardo rispetto all'evoluzione tecnologica del mercato;

2) realizzazioni gestite con un approccio prevalentemente tecnico il cui livello di coerenza con le strategie e le strutture aziendali è generalmente basso;

3) quasi totale assenza di *staff* dedicate a tempo pieno ai SI, con delega sostanzialmente totale a società esterne anche delle fasi di pianificazione del sistema cui consegue una riduzione del grado di correlazione con l'assetto organizzativo;

4) una diffusione molto eterogenea, sia per intensità sia per qualità, delle architetture informatiche (solo nel 1990 sono state emanate le indicazioni del Dipartimento della funzione pubblica in materia di automazione della Pubblica amministrazione, per altro non vincolanti, e la cui applicazione viene demandata alla discrezionalità delle singole amministrazioni);

5) una attenzione ed una capacità di utilizzare i dati per la pianificazione, la programmazione ed il controllo di gestione che stenta a consolidarsi in mancanza di una cultura aziendale e di una cultura dei sistemi informativi.

Queste considerazioni sono state recentemente confermate (maggio 1993) dai risultati di una indagine, effettuata dal Coordinamento del personale addetto ai SI della sanità pubblica della regione Lombardia, estesa a tutte le aziende sanitarie pubbliche (U.s.l., Istituti di ricerca, Ospedali multizonali) della Regione stessa.

Questa modalità di approccio ai SI ha sostanzialmente determinato una profonda contraddizione tra diffusione (e spesa) dei SI nella Pubblica amministrazione locale (PAL) a fronte della limitatezza dei risultati ottenuti in termini di miglioramento dell'efficienza del servizio pubblico nel suo complesso.

Per quanto concerne la spesa per Information Technology (IT) va evidenziato, così come affermato nel recente Rapporto sull'informatica Assinform-Nomos, che il tasso di crescita degli investimenti per la PAL dal 1991 al 1993 è in lieve riduzione (contrariamente a quanto avviene negli altri settori produttori di «servizi» che, nello stesso periodo, hanno aumentato gli investimenti) ma ciò non significa che non siano stati realizzati investimenti, così come si può evincere dalla tavola 2.

Tavola 2 - Dinamica della spesa EDP in Italia per settore economico (1991-1993) (valori in miliardi di lire e %) (\*)

SETTORI	1991	1992	% 92/91	1993	% 93/92
Industria	6.348	6.380	0,5	6.150	-3,6
Distribuzione	2.396	2.500	4,3	2.560	2,4
Servizi	2.885	3.080	6,8	3.150	2,3
Banche	3.921	4.175	6,5	4.300	3,0
Assicurazione/Società Finanziarie	815	880	7,9	930	5,7
Pubblica Amministrazione Centrale	2.278	2.325	2,1	2.160	-7,1
Pubblica Amministrazione Locale	1.179	1.182	0,2	1.130	-4,4
Altro	618	648	4,9	645	-0,5
<b>Totale</b>	<b>20.440</b>	<b>21.170</b>	<b>3,6 %</b>	<b>21.025</b>	<b>-0,7 %</b>

(\*) Escluso il mercato home hobby.

Fonte: Nomos Ricerca

## 2. S.I. come supporto ai processi di cambiamento strategico

Il D.L. n. 517/93 ha introdotto variazioni sostanziali nella struttura istituzionale e organizzativa delle U.s.l. Tali variazioni, che richiedono adeguata attenzione anche per quanto concerne i «sistemi operativi», tendono a trasformare le U.s.l. in aziende di servizi, inserendole, di fatto, in un sistema di mercato concorrenziale, più o meno controllato.

La nuova organizzazione delle U.s.l.-azienda, le nuove logiche di controllo di gestione e di misurazione delle *performance* aziendali, la crescente rilevanza dei concetti di «qualità delle prestazioni» e di «livello di servizio reso ai clienti» richiedono, oggi, SI in grado di fornire al *management* aziendale informazioni che sono reperibili internamente ed esternamente all'azienda, correlandole a quei fattori che essa ha definito come «critici» per il raggiungimento di risultati positivi.

La nuova azienda U.s.l. e l'azienda ospedaliera si strutturano attorno al fondamentale binomio autonomia-responsabilità. *Autonomia* nell'uso di tutte le leve gestionali tipiche del *management* aziendale: organizzazione, procedure, gestione del personale, sistemi di programmazione e controllo, SI. *Responsabilità* sui risultati raggiunti, rispetto ai quali il *top management* verrà confermato o rimosso dalla Giunta regionale. In quest'ottica, il SI è una delle principali leve che rientrano nell'autonomia dell'azienda.

In tale contesto istituzionale e organizzativo, i SI troveranno infatti una collocazione strategica, in quanto dovranno assicurare:

— una maggiore capacità di lettura delle dinamiche evolutive dell'ambiente di riferimento dell'U.s.l.-azienda;

— una maggiore conoscenza delle potenzialità del proprio sistema d'offerta;

— una maggiore capacità, quindi, di verificare la coerenza tra bisogni, domanda e offerta, e, di conseguenza, una maggiore attenzione ai processi di pianificazione;

— una conoscenza più approfondita dell'utilizzo delle risorse da attuarsi mediante l'attivazione di meccanismi di programmazione e controllo di gestione (*budgeting*, contabilità analitica e direzionale);

— una concreta possibilità di ottimizzare i processi lavorativi qualificandoli in termini di efficienza e di efficacia.

Va inoltre considerato che il SI è in grado di modificare:

— a livello micro-organizzativo, non solo i compiti gestionali, ma anche le modalità con cui le attività vengono effettuate (*job enrichment*, motivazione professionale, ...);

— a livello macro-organizzativo, l'assetto stesso della struttura di singole funzioni aziendali, e quindi di interferire «fortemente» nel processo di produzione dei risultati aziendali.

Il SI è, in definitiva, una risorsa critica sia per il raggiungimento di risultati aziendali significativi, sia per misurare il grado di coerenza tra la struttura organizzativa aziendale nel suo complesso e l'ambiente (mercato) di riferimento.

Coerentemente con questi criteri di impostazione generale, possono essere individuati come obiettivi del SI delle singole U.s.l. aziende:

— la ricomposizione della storia sociosanitaria del singolo cittadino-cliente (come spinta forte all'integrazione delle strutture di offerta attorno alla centralità della domanda e la ricomposizione omogenea delle informazioni «ambientali»);

— la possibilità di mettere a disposizione degli operatori sociosanitari informazioni significative per livello di tempestività, di qualità e di coerenza con il proprio ambito organizzati-

vo, tali da supportare più adeguatamente il proprio lavoro e nel contempo di offrire servizi più efficienti (SI di gestione);

— la disponibilità, per i diversi livelli decisionali, di informazioni in grado di supportare adeguatamente sia i processi di pianificazione (DSS/EIS), sia i processi di programmazione e controllo di gestione (SI di governo);

— la disponibilità, per i singoli cittadini e per le forze sociali, anche ai sensi della L. n. 241/90, di informazioni a fini di controllo sociale dello sviluppo e dell'efficienza del sistema socio-sanitario locale (SI di feedback).

Il SI viene quindi concepito come variabile organizzativa forte a supporto del cambiamento strategico e come tale fortemente sinergica al sistema organizzativo di ogni singola U.s.l. In questo contesto è necessario sottolineare che **lo sviluppo dei SI deve privilegiare**, pur in un contesto normativo di normalizzazione e standardizzazione indicato dai livelli istituzionali sovraordinati, **la massima coerenza con il livello organizzativo e culturale esistente in azienda** (tavola 3).

## 3. Lo staff ed il personale dei S.I.

È stato evidenziato nei capitoli precedenti come le complesse sinergie ed interazioni tra sistema organizzativo e SI aziendale determinino l'opportunità di creare una «funzione aziendale» che presidi, a tempo pieno, l'area «organizzazione e sistemi informativi» nelle nuove aziende sanitarie, nonché la necessità di collocare tale funzione, proprio per il ruolo strategico dei SI, in *staff* alla Direzione generale dell'azienda, attribuendo la direzione di tale *staff* possibilmente a professionisti con un approccio di *management* e/o economia aziendale, così come negli ultimi anni sta avvenendo in diver-

se società americane (classificazione Fortune 1993).

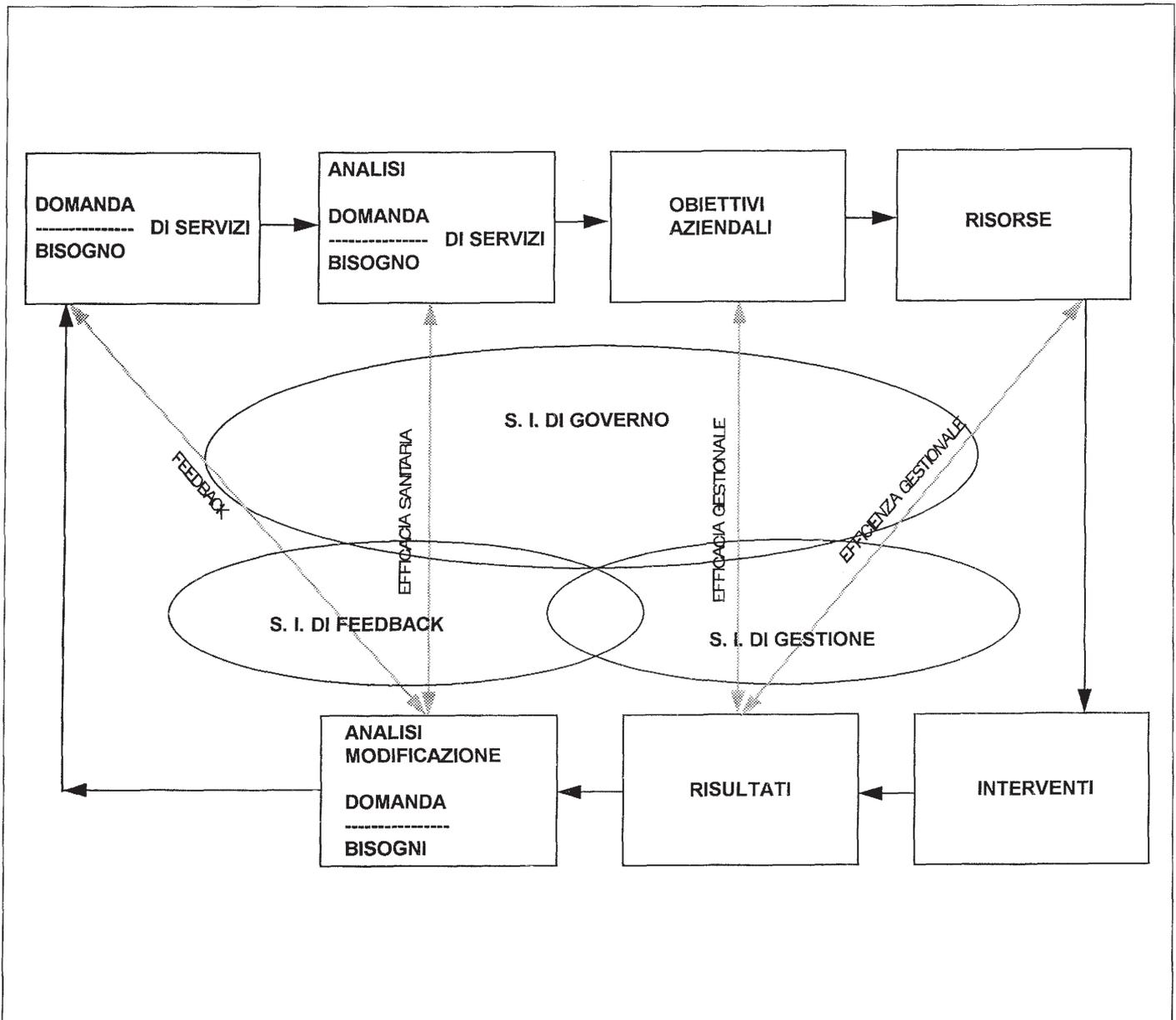
Ciò presuppone un ruolo diverso dei professionisti del settore che, parafrasando una dichiarazione del fondatore della *Generale de Service Informatique*, «dovranno occuparsi sempre meno di *hardware e software* e sempre più di *SOLWARE*» (acronimo di Solution Ware).

Ne consegue la necessità di prevedere, all'interno della PAL, adeguati percorsi di qualificazione, di riqualificazione e di carriera del personale che consentano, nel mercato del lavoro dei professionisti dei SI, un maggior equilibrio tra pubblico e privato, al fine di riuscire a mantenere nella P.a. elementi validi, spesso formati a spese della P.a., ma che, in assenza di un adeguato

riconoscimento professionale ed economico, continuerebbero a migrare verso il settore privato, o a rimanere nel pubblico con scarsa motivazione professionale.

La creazione all'interno della PAL di una cultura dei SI e di uno *staff* ad essa dedicati, potrà consentire di recepire le indicazioni del Dipartimento della funzione pubblica in merito

Tavola 3 - Ruolo del S.I. nel processo di produzione dei servizi socio sanitari



al ciclo di vita dei SI stessi (tavola 4). Tali indicazioni, in relazione alla necessaria sinergia tra sistema organizzativo e sistema informativo, suggeriscono di **riportare all'interno della PAL almeno le fasi di pianificazione e di gestione dei SI**, utilizzando l'*outsourcing* prevalentemente nella fase di sviluppo degli stessi sottolineando, al proposito, la nuova normativa ISO 9000/3 sulla certificazione della produzione del *software* (in Italia finora richiesta solo da aziende private).

**4. Il progetto di S.I. in corso presso l'U.s.l. 68 di Rho**

*U.s.l. 68: dimensioni e volume dei servizi offerti*

L'U.s.l. n. 68 copre un territorio

che si estende su nove Comuni, per un totale di 160 mila abitanti. Con un bilancio annuo corrente di 180 miliardi, essa gestisce annualmente 28.000 ricoveri, 100.000 prestazioni distrettuali, 1.200.000 prestazioni ambulatoriali. Nelle due sedi ospedaliere (per un totale di 850 posti letto), tre sedi poliambulatoriali e nove sedi distrettuali lavorano 1700 dipendenti.

*Caratteristiche organizzative attuali*

Dal punto di vista organizzativo, l'Unità sanitaria locale n. 68 è così descrivibile:

- struttura organizzativa tipicamente burocratica (Funzionale);
- \* rigidamente articolata per funzioni (Compartimenti stagni);

\* difficoltà di coordinamento ed integrazione tra unità operative diverse anche se spesso focalizzate su un unico progetto organizzativo;

\* focus prevalente sugli atti anziché sui risultati;

— elevata diversificazione delle unità operative;

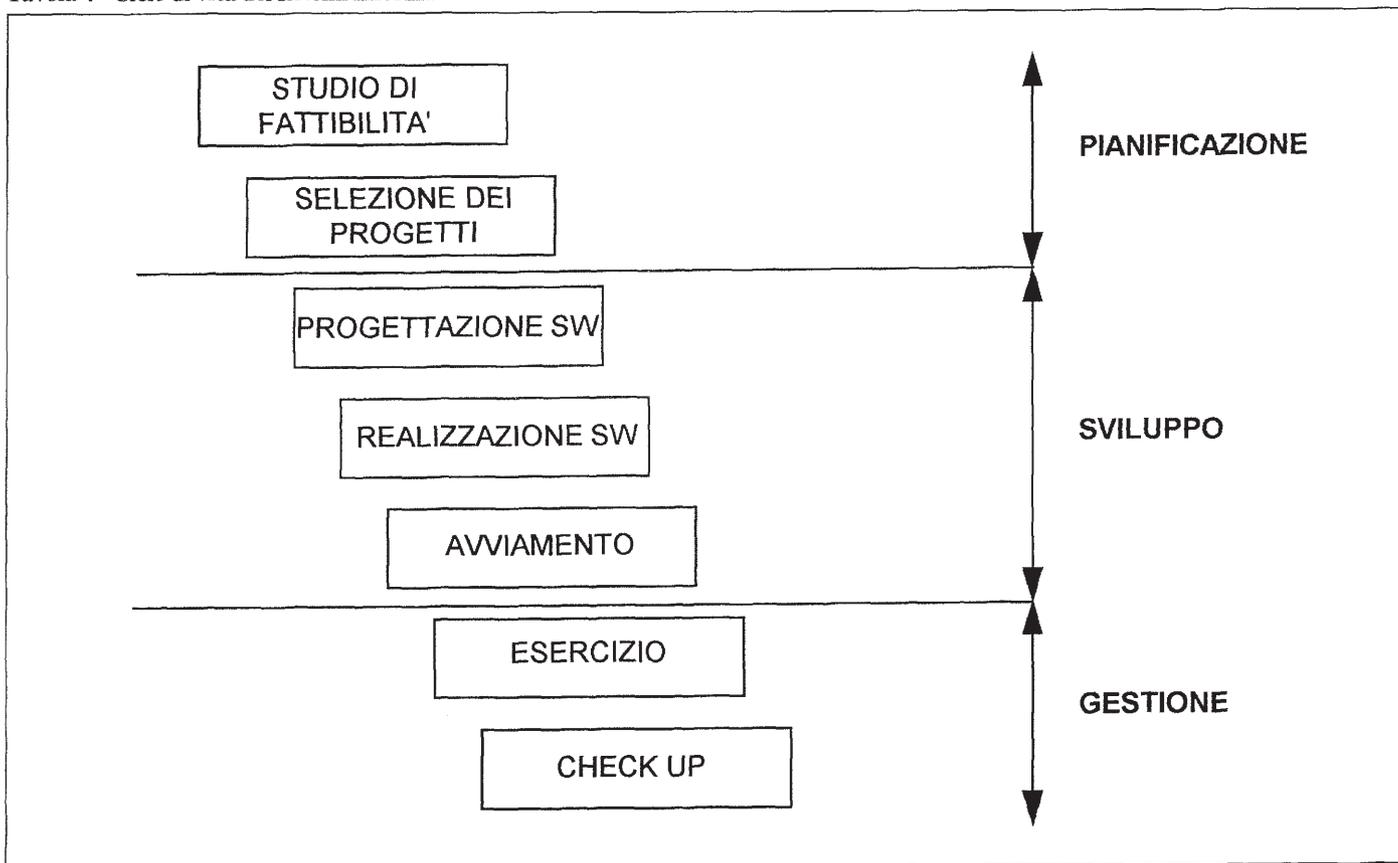
\* elevata complessità organizzativa;

\* assenza di sistemi informativi aziendali a supporto della complessità organizzativa;

— elevato livello di autonomia e discrezionalità dei professionisti dell'area sanitaria;

\* totale assenza di sistemi di programmazione e controllo di gestione attraverso i quali responsabilizzare i professionisti su obiettivi, risultati e costi.

Tavola 4 - Ciclo di vita dei sistemi informativi



*Approccio metodologico nella pianificazione del Sistema Informativo*

Dal punto di vista metodologico, al fine della pianificazione degli obiettivi, dell'architettura e dei progetti del SI si è fatto riferimento:

- alle teorie/modelli sui SI di Forrester, Anthony, Simon, Davis, Camussone;
- alle teorie/modelli di *management* aziendale di Lawrence e Lorsch,

Seiler-Rugiadini, Airoidi, Rockart, Croisier, Normann.

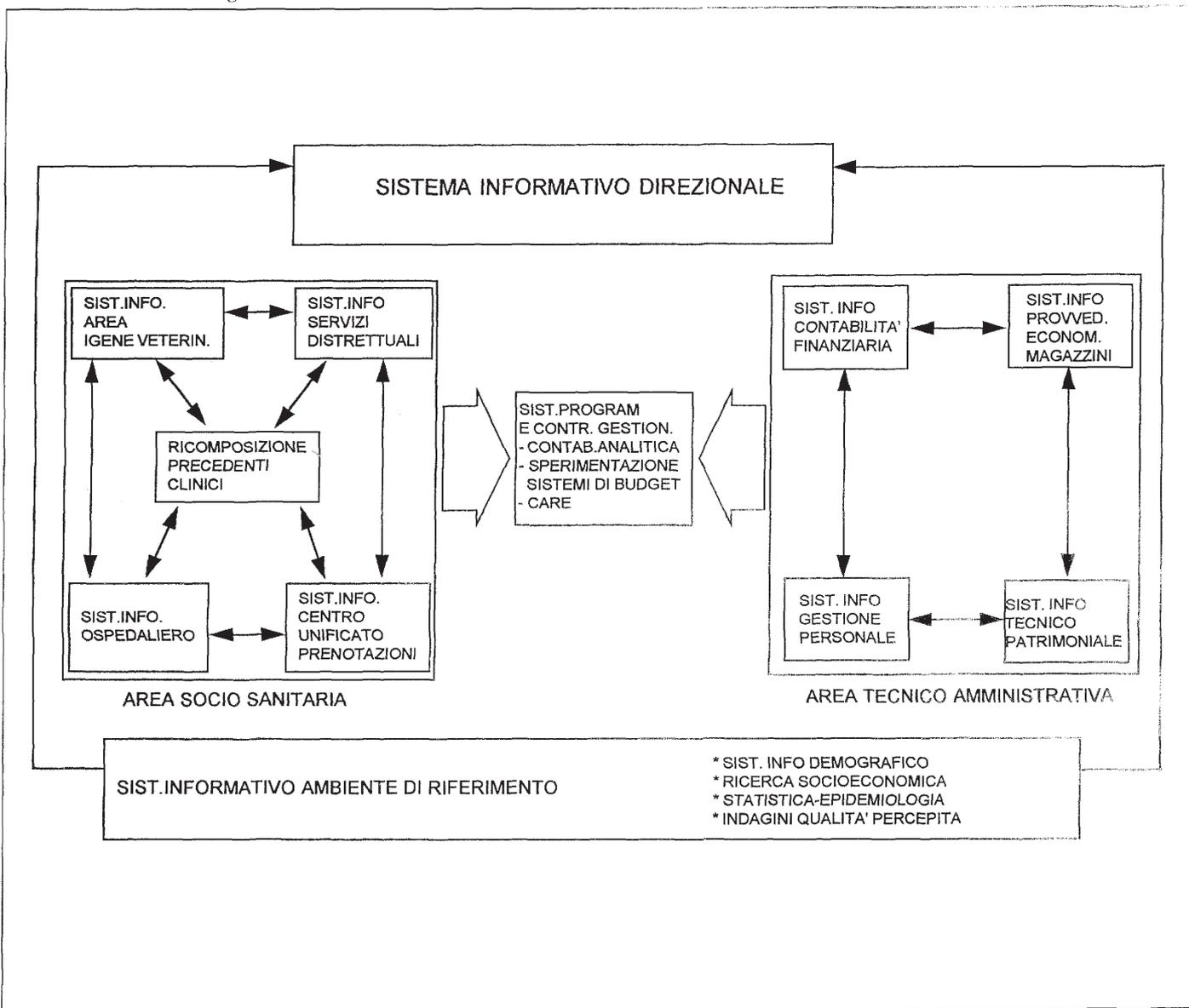
Ne è scaturita una architettura logica che è descritta nella tavola 5. Tale sistema è stato pianificato in modo tale da consentire di supportare:

- le attività gestionali/operative interne all'azienda, siano esse di carattere socio-sanitario o tecnico-amministrativo;

— le attività di programmazione e controllo di gestione attraverso il sistema di contabilità analitica, l'avvio di un sistema di *budgeting* e la sperimentazione di un sistema Casemix, denominato CARE (Clinical Audit e Resources Environment);

— le attività di pianificazione strategica attraverso la costruzione di un sistema informativo direzionale (EIS/DSS);

Tavola 5 - Architettura logica del sistema informativo dell'U.s.l. 68



— la conoscenza dell'ambiente di riferimento della U.s.I.

*Lo staff dei Sistemi informativi*

All'inizio degli anni 1990 è stata formalizzata la costituzione di una funzione aziendale addetta ai sistemi informativi collocata, dal punto di vista macrostrutturale, in staff alla Direzione generale.

I compiti e le funzioni di tale staff, oggetto di successivi atti deliberativi, sono sintetizzati nello schema di tavola 6.

Come si evince dalla tavola 6, la focalizzazione dello staff dei SI dell'U.s.I. n. 68 è prevalentemente cen-

trata, così come indicato dal Dipartimento della funzione pubblica, sulle fasi di pianificazione e gestione dei sistemi informativi che verranno di seguito descritte, mentre la fase di sviluppo delle soluzioni informatiche è stata affidata a *partners* esterni.

**5. La pianificazione del sistema**

Nello schema classico del ciclo di vita del sistema informativo, la fase di pianificazione è articolata (vedi tavola 4) in due momenti, ai quali abbiamo dedicato particolari attenzioni.

*A) Lo studio di fattibilità*

Lo studio di fattibilità è stato inteso come un insieme di attività in grado di descrivere sia la situazione al momento del rilievo sia quella prospettica, realizzata analizzando molteplici variabili, tra cui gli scenari di contesto, l'attuale SI, i principali processi operativi esistenti nella U.s.I. e il loro grado di copertura da parte dei SI stessi, le linee strategiche di sviluppo.

*A1) Gli scenari di contesto*

Si è ritenuto opportuno effettuare un'analisi dello scenario normativo e tecnologico, la cui attenta valuta-

**Tavola 6 - Funzioni staff sistema informativo**

<b>FUNZIONI - CONTENUTI</b>	<b>MODALITA' - ORGANIZZATIVE</b>
Collocazione Organizzativa	Staff dell'alta direzione
Funzioni attribuite in materia di Sistema Informativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pianificazione e coordinamento Sistema informativo USSL</li> <li>. Controllo delle fasi di sviluppo (vedasi ciclo di vita sist. info TAV.6) del SIST INFO</li> <li>. Avvio e collaudo dei sistemi informativi automatizzati</li> <li>. Parere in forma scritta su acquisizioni a qualsiasi titolo di tecnologia informatica</li> <li>. Gestione dei Sistemi Informativi automatizzati</li> <li>. Formazione utenti finali</li> </ul>
Funzioni attribuite in materia di Sistema Informativo Statistico Epidemiologico	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Coordinamento della gestione degli archivi (db) statistico-epidemiologici dell'USSL</li> </ul>
Funzioni attribuite in materia di Organizzazione e Sist. Info Direzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pianificazione e coordinamento e gestione Sistema Informativo Direzionale</li> <li>. Supporto ai processi di cambiamento organizzativo</li> </ul>

Non è prevista alcuna funzione relativa all'approvvigionamento, che è demandata all'U.O. Provveditorato

zione dovrebbe consentire di verificare:

— il grado di coerenza del SI dell'U.s.l. n. 68 con le indicazioni normative vigenti in materia di pianificazione, progettazione, coordinamento, gestione dei SI nella P.a.;

— il grado di coerenza del SI dell'U.s.l. n. 68 con le dinamiche e le principali tendenze del mercato tecnologico internazionale, europeo e italiano.

In particolare, sono state prese in considerazione le normative in materia di:

— sistemi informativi ed informati-  
ci;

— riordino del Sistema Statistico Nazionale;

— istituzione dell'Autorità Informativa e atti conseguenti;

— nuova organizzazione delle aziende sanitarie.

**A2) L'attuale Sistema Informativo dell'U.s.l. 68**

Uno studio di *audit* del SI realizzato

congiuntamente da una società esterna di consulenza e dallo staff dell'U.s.l. 68, ha sostanzialmente evidenziato, nel 1992, un sistema informativo caratterizzato da:

— un'area socio-sanitaria d'avanguardia, con univoci criteri d'impostazione architettrurali e con utilizzo di *standard* riconosciuti a livello internazionale;

— un'area amministrativa in consistente ritardo, con tecnologia *hardware e software* disomogenea, non integrata, non rispondente a *standard*;

— un'area di *personal computing* cresciuta spontaneamente, senza controlli, in totale assenza di *standard* tecnologici e/o di riferimento organizzativo;

— un'area statistico-epidemiologica destrutturata, disordinata, con qualità di informazioni poco significative.

Sempre con l'ausilio di tale società, è stato possibile delineare una «mappa delle attività e dei processi operativi» esistenti nell'U.s.l. n. 68.

Sono state così censite circa mille «attività» tra quelle principalmente svolte dall'U.s.l., e successivamente sono state aggregate in «processi omogenei».

Va evidenziato, a tale proposito, che i processi aziendali sono stati considerati come catene di attività che producono un risultato finalizzato agli obiettivi dell'azienda. Questi processi spesso sono trasversali a tutta l'attività organizzativa aziendale, interessando, normalmente, molteplici Unità operative ed operatori.

In un momento successivo, al fine di valutare le linee di sviluppo dei SI, è stato verificato il grado di supporto fornito dai sistemi informativi automatizzati per singolo processo e per singolo servizio/Unità operativa.

Nello schema di tavola 7 vengono sintetizzati i risultati di tale intervento che, pur risentendo di un approccio non sempre approfondito, consente sinteticamente di evidenziare le aree ben supportate dai SI; le aree sufficientemente supportate ma che po-

**Tavola 7 - Livello di copertura dei processi operativi da parte dei sistemi informativi (Studio effettuato a inizio 1993)**

	SERVIZI	Serv.1	Serv.2	Serv.3							Serv.4	Serv.5	Serv.6				Dssb			
				DS	Uff. Infer.	Invalidi	Protesi	Poli. Amb.	Serv. Diag.	Reparti			Farm	Econ	Pers.	Tecn.		Conv.	Fin.	
Primari	ACCOGLIMENTO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	PREVENZIONE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	DIAGNOSI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	CURA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	PRATICHE AUTORIZZ. ASSIST. SOCIO-SANIT.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ausiliari	APPROVVIGIONAM.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	SERVIZI ALBERGHIERI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	CONVENZIONI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Supporto	MANUTENZIONE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	PIANIFICAZIONE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	AMMINISTRAZIONE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	GESTIONE PATRIM.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	GESTIONE SERV.GEN.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	GESTIONE PERSON.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	CONTROLLO GEST.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

trebbero, con interventi moderati, raggiungere buoni livelli di copertura; e le aree totalmente scoperte.

*A3) Linee di sviluppo del SI automatizzato dell'U.s.l. 68*

Nell'individuazione delle linee strategiche di sviluppo del SI dell'U.s.l. n. 68 si sono considerate diverse variabili che, come è stato evidenziato, riguardano sostanzialmente:

- gli obiettivi del SI dell'U.s.l.;
- il nuovo scenario organizzativo/istituzionale delle U.s.l.-Azienda;
- le tendenze del mercato tecnologico;
- lo stato dei SI automatizzati dell'U.s.l. n. 68 (*Audit* dei SI, 1992).

A queste si aggiungono alcune considerazioni relative a «fattori» ritenuti particolarmente critici (FCS) al fine del conseguimento di risultati azien-

dali «positivi». La tavola 8 rappresenta schematicamente le variabili prese in considerazione i cui contenuti sono stati assunti come linee di sviluppo strategico del SI dell'U.s.l. n. 68.

Si configura quindi la costruzione di un SI automatizzato della U.s.l. caratterizzato da:

- un forte allineamento alle tendenze del mercato tecnologico e alle indicazioni in materia di SI nella P.a.

**Tavola 8 - Linee strategiche di riferimento**

Obiettivi Sistema Informativo	Fattori Critici e Variabili Organizzative	Variabili e Standard Tecnologici	Variabili Normative	Variabili Sociali
<p>Ricomposizione della storia sociosanitaria del singolo cittadino-cliente e ricomposizione delle informazioni ambientali (conoscenza mercato di riferimento).</p> <p>Disponibilità di informazioni per supportare adeguatamente i processi operativi nonché offrire servizi caratterizzati da maggior efficienza (sist. inform. gestione).</p> <p>Disponibilità di informazioni in grado di supportare efficacemente i processi di pianificazione ed i processi di programmazione / controllo di gestione (sist. inform. governo).</p> <p>Produzione di informazioni per i cittadini singoli o associati (sist. inform. feedback) e attivazione sistemi di qualità percepita.</p>	<p>Elevato decentramento di attività da perseguire mediante una valorizzazione dei distretti sociosanitari.</p> <p>Elevata standardizzazione e facilitazione dei criteri di accesso alle strutture sociosanitarie.</p> <p>Migliorare la produttività e l'efficienza di alcuni servizi con particolare riguardo alle attività di "front end" nei confronti dei cittadini-clienti.</p> <p>Introduzione di strumenti di programmazione e controllo di gestione (contabilità analitica-budgeting).</p> <p>Introduzione / costruzione di strumenti di supporto ai processi di "pianificazione" (EIS/DSS).</p>	<p>Architettura fortemente decentrata (downsizing) basata su sistemi dipartimentali e personal computer interconnessi in reti locali e geografiche (client server).</p> <p>Utilizzo di sistemi operativi standard</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNIX</li> <li>• DOS-WINDOWS</li> </ul> <p>Utilizzo di Relational Data Base Management System: ANSI e SQL.</p> <p>Utilizzo di reti locali standard: ETHERNET e IEEE802.3.</p> <p>Forte integrazione tra i diversi sistemi informativi automatizzati aziendali che, nel tempo, devono assumere i medesimi standard tecnologici.</p> <p>Standardizzazione e coordinamento dello sviluppo dell'informatica individuale.</p> <p>Delega a un'unica struttura aziendale del presidio dell'area organizzazione e sistemi informativi.</p>	<p>Indicazioni Dipartimento Funzione Pubblica 36001128/89 51223/90 74652/91</p> <p>DL 322/89 Riordino Sistema Statistico Nazionale</p> <p>DL 39/93 Istituzione della Autorità Informatica</p> <p>DL 502/92 - 517/93 Riordino S.S.N.</p> <p>LR 15/89 Norme per facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sociosanitari.</p> <p>LR 48/88 Norme per la salvaguardia utenti del servizio sanitario nazionale.</p> <p>L 241/90 Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi.</p>	<p>Forte coinvolgimento/orientamento ai clienti finali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi formativi adeguati</li> <li>• Coinvolgimento formale degli utenti in fase di definizione delle soluzioni informatiche</li> <li>• Indagini di qualità percepita per verificare coerenza tra esigenze degli utenti e soluzioni fornite.</li> </ul> <p>Modificazione "cultura" informativa in azienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costruire un substrato culturale indispensabile a far considerare l'informatica come supporto strategico in quanto può influire in modo determinante non solo sul versante organizzativo (Efficienza/Produttività) ma anche sulla qualità del servizio complessivamente fornito al cliente.</li> </ul>

attraverso l'utilizzo di precisi *standard* di riferimento (tutela investimenti);

— una forte sinergia tra SI e variabili organizzative dettate dal nuovo assetto istituzionale delle U.s.l. previsto dal D.L. n. 517/93 (forte decentramento, sistemi di contabilità analitica, *budgeting*);

— un'efficace capacità di supportare adeguatamente sia le funzioni di «gestione» sia quelle di «governo» delle U.s.l.

*B) La selezione dei progetti*

Nella selezione dei progetti è stato ritenuto opportuno abbandonare la logica del backlog, cioè della scelta effettuata sulla base delle pressioni aziendali.

Al fine di definire una scala di priorità per la realizzazione dei progetti che sono stati selezionati in base ai criteri e con le metodologie espone nei precedenti capitoli, si sono considerate e valutate congiuntamente alcune variabili a cui è stato attribuito un

«peso». I punteggi ottenuti in base ai pesi delle diverse variabili ha determinato una graduatoria di priorità.

Le variabili prese in considerazione sono:

1) criticità del progetto per l'organizzazione in termini di:

— livello di automazione ritenuto necessario;

— maggiore/minore efficienza nei processi produttivi (incremento prestazioni rese);

— maggiore/minore efficacia delle prestazioni (qualità-obiettivi);

— ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;

— adempimento normative;

— attenzione ai clienti.

2) livello di know how esistente in azienda per la gestione del progetto. Va evidenziato, a tale riguardo, che un basso livello di know how comporta elevati rischi di insuccesso;

3) impatti organizzativi prodotti dall'attuazione del progetto. A questo proposito va precisato che una «minore» modifica dei processi organizzati-

vi spesso facilita una più rapida attivazione del progetto stesso.

**6. La gestione del sistema**

Lo schema classico del ciclo di vita del sistema informativo (tavola 4) prevede una suddivisione delle attività di gestione in due fasi: l'esercizio ed il *check-up*.

*Esercizio*

Al fine di migliorare le capacità di gestione del progetto, nell'ambito dello *staff* dei SI, descritto nella tavola 6, sono stati individuati dei «referenti», chiaramente identificati (principio di delega - responsabilità) e identificabili (soprattutto dagli utenti finali del sistema), che si facciano realmente carico, **in forma diretta**, di ogni problema eventualmente emergente in una certa area del SI, prevedendo e consentendo, nel contempo, una specializzazione «tecnica» diversificata dello *staff* stesso. Tale schema organizzativo è sintetizzato nella tavola 9.

Tavola 9 - Organizzazione Staff S.I.

Aree Specializzazione Tecnologica / Aree Sistemi Informativi	Responsabilità Progetto	Unix/Oracle	Unix/Reti	Personal Computing
Sistema Informativo Direzionale e supporto organizzativo	●	□	□	■
Sistema Informativo Area Socio Sanitaria	●	■	□	□
Sistema informativo Area Tecnico Amministrativa	●	□	■	□

Legenda: ● Responsabilità diretta del progetto  
 ■ Know how specifico e responsabilità area tecnologica  
 □ Presidio dell'area tecnologica

*Check-up*

Il ciclo di esercizio del SI automatizzato dell'U.s.l. è ancora troppo breve per consentire di applicare una tra le varie metodologie di *check-up* dei sistemi descritte in letteratura.

Abbiamo comunque ritenuto opportuno effettuare una «indagine di qualità percepita», rivolta a tutti gli utenti finali dei vari sistemi, realizzata mediante la distribuzione di un questionario a circa 150 utenti-finali del sistema. Il questionario comprendeva quattro gruppi logici di domande, la cui valutazione (percentuale di risposte tra un minimo del 67% ed un massimo del 71%) è stata effettuata con un *range* il cui valore minimo è uguale a 4, e il cui valore massimo è uguale a 8, con i seguenti risultati:

1) un giudizio sul grado di coinvolgimento in fase di predisposizione della soluzione informatica (risultati: media 7,4, con totale assenza di giudizi negativi);

2) un giudizio sul supporto offerto dall'Ufficio SI in termini di qualità e tempestività (risultati: media 6,9; totale giudizi positivi 94%; totale giudizi negativi 6%);

3) un giudizio sulla adeguatezza della dotazione tecnologica in termini di quantità, facilità di utilizzo, completezza (risultati: media 6,2; totale giudizi positivi 70%; totale giudizi negativi 30%);

4) un giudizio sul grado di utilità del sistema per il proprio lavoro, per l'unità operativa di appartenenza, per l'U.s.l. (risultati: media 6,2; totale giu-

dizi positivi 73%; totale giudizi negativi 27%).

*Rapporto con i fornitori*

La capacità di instaurare un rapporto professionale produttivo, costituisce un ulteriore elemento determinante ai fini del raggiungimento di risultati significativi in termini di:

- qualità dei prodotti;
- rispetto dei tempi di realizzazione previsti e concordati;
- rispetto dei costi preventivati.

Oltre alla convenienza economica dell'offerta presentata la nostra scelta si è basata su una serie di elementi quali:

- il livello di «investimenti» che una società fornitrice sta effettuando nell'ambito dei SI nel settore sanitario;

Tavola 10 - Il sistema informativo automatizzato. Situazione attuale ed a breve periodo

Hardware e reti	Attuale	Entro fine 1994
Sistemi dipartimentali in rete	14	14
Reti LAN Ethernet IEEE 802.3	17	21
Reti WAN	14	16
Stazioni di lavoro in rete	80	100 *
Utenti finali	200	250

Software attuale	Entro fine 1994
. Anagrafe centralizzata assistiti	. Ordini, fornitori, magazzino economale, magazz. farmaceutico
. Servizio configurazione e controllo	. Primo nucleo contabilità analitica
. Vaccinazioni obbligatorie e facoltative	. Primo nucleo S.l. direzionale
. Anagrafe aziende industriali e comm.li	
. Mortalità	
. Potabilità acque	
. Anagrafe veterinaria	
. Vaccino profilassi veterinaria	
. S.l. distretti sociosanitari di base	
. Accettazione ospedaliera	
. Servizio Radiologia e laboratorio	
. Centro Unificato Prenotazione	
. Sistema Assenze/Presenze	
	Entro fine 1995
	. Sperimentazione Clinical Audit Resources Envirovement
	. Reparti Ospedalieri
	. Contabilità economica
	. Consolidamento contabilità analitica
	. Executive Information System (cruscotti aziendali SAS)
	. Gestione personale (contabilità, Stato matr. e pianta organica)
	. Pronto Soccorso

— l'effettiva capacità di fornire tecnologia informatica la cui coerenza con gli *standard*, riconosciuta a livello internazionale, sia certificata;

— la reale disponibilità ad instaurare un rapporto di *partnership* nel quale la società fornitrice accetta l'impostazione metodologica ed informatica che la U.s.l. ha adottato e consente (in termini di disponibilità, ma soprattutto in termini di strumenti tecnici resi disponibili all'acquirente) l'effettuazione di verifiche periodiche.

Seppure la nostra esperienza con il fornitore sia stata positiva, non va sottovalutato il problema della tutela dei diritti dell'acquirente nei confronti del fornitore stesso. Per affrontare preven-

tivamente tale questione è possibile:

— prevedere nei costi di progettazione, concordandolo con la società fornitrice, un consulente *superpartes*, quindi una sorta di arbitro informatico concordato *ex-ante*;

— inserire a livello contrattuale, ai sensi del D.M. del Tesoro dell'8 febbraio 1986, forme di *fidejussione* o di penali pecuniarie;

— concordare con la società fornitrice (nello specifico attraverso un accordo formalmente sottoscritto tra U.s.l. n. 68 e Bull Italia) determinate modalità di organizzazione e di intervento del gruppo di lavoro del fornitore, in modo da migliorare il grado di coerenza tra questo e le esigenze del-

l'acquirente, e la definizione *ex-ante* di una procedura di monitoraggio periodico della *partnership*.

## 7. Stato di realizzazione del progetto

La realizzazione del sistema indicato nella Tav. 5 è stata disposta mediante la deliberazione di due studi di fattibilità (90-93; 93-95) e la assunzione di deliberazioni annuali in attuazione di tali studi di fattibilità.

Nella tavola 10 vengono sinteticamente descritti l'attuale sistema informativo automatizzato e le realizzazioni da attivare nel breve periodo.

La tavola 11 evidenzia gli *standard* tecnologici utilizzati nella realizzazio-

Tavola 11 - Il sistema informativo automatizzato: standard utilizzati e indicazioni Dipartimento funzione pubblica

	<u>Standard indicati</u>	<u>Standard utilizzati</u>
. Coordinamento	. Interno alla PAL	. Interno all'Ussl
. Sistemi Operativi	. Dos, Os/2, Unix	. Dos, Unix
. Data Base	. RDBMS Ansi sql	. RDBMS Ansi sql (Oracle)
. Reti	. ISO/OSI	. ISO/OSI
. Reti LAN	. Ethernet IEEE802.3	. Ethernet IEEE802.3
. Reti Wan	. CDN CDA SIP	. CDN CDA SIP
. Codice d'accesso	. Codice fiscale	. Codice fiscale-Tessera San.

ne del progetto e la loro coerenza con gli *standard* indicati dal Dipartimento della Funzione pubblica.

La tavola 12 riporta sinteticamente i costi previsti, espressi in percentuale

rispetto al bilancio corrente dell'U.s.I. n. 68. Un completamento ed un miglioramento del sistema informativo sono resi possibili — pur in presenza di una contrazione del *budget* ad essi

destinato — riducendo il ricorso a servizi esterni per la gestione di parti del sistema informativo, e valorizzando le professionalità presenti nell'azienda.

Tavola 12 - Gli investimenti in information technology

- **Triennio 91, 92, 93**  
**circa 1,3% del bilancio annuo corrente (costi del personale esclusi)**  
**(compresi costi HW, SW, Reti, Manutenzione)**
- **Previsione per il triennio 94, 95, 96**

1994	1995	1996
1,3%	1,0%	0,9%
		- 650 mil.

## LE FORNITURE DI BENI E SERVIZI NELLA NUOVA REALTÀ SANITARIA: ALCUNI SPUNTI DI RIFLESSIONE

di Attilio Gugliatti

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

L'analisi dei rapporti negoziali tra imprese e P.a., in merito ai processi di acquisizione di beni e servizi da parte delle diverse articolazioni di quest'ultima, assume particolare rilievo nella situazione attuale che ha visto e vede tuttora profondi cambiamenti normativi e nelle formule gestionali. La ricerca di un rapporto negoziale equilibrato, basato quindi su forme contrattuali corrette ed efficaci rispetto agli obiettivi degli Enti pubblici acquirenti e alle strategie del sistema delle imprese fornitrici (Fiorentini, 1989), risulta più complicato rispetto al passato, in particolare nel contesto sanitario in cui, accanto alle difficoltà tradizionali della prassi giuridico-amministrativa (prevalenza degli aspetti formali, vincoli nelle scelte contrattualistiche), si aggiungono problematiche proprie del settore. Si pensi ad esempio ai cronici ritardi nei pagamenti, ed agli effetti dirompenti del sistema di corruzione emerso nelle indagini della magistratura a carico di tutti i principali attori, non esclusi i più alti livelli istituzionali.

Nell'ambito dell'attività delle U.s.l. gli acquisti dei beni e servizi hanno sempre presentato una forte componente di discrezionalità tanto da permettere di individuare l'esistenza di una vera e propria «politica di spesa» (Fiorentini, 1992 e Mognini, 1992a). In una corretta e rigorosa politica di spesa tutte le attività di acquisto devo-

no essere finalizzate all'offerta di servizi sanitari efficaci e coerenti con i bisogni di salute della popolazione di riferimento. In questo senso si afferma che la combinazione dei fattori produttivi acquistati — in termini di qualità, quantità ed economicità — condizioni le caratteristiche (qualità e quantità) dei servizi sanitari offerti.

La progressiva introduzione di elementi di aziendalizzazione nei centri di offerta sulla base della riforma contenuta nei D.L. vi nn. 502-517 rende ancor più rilevante una riflessione sulle politiche di acquisto di U.s.l. e ospedali «azienda». Questi argomenti sono stati al centro di un incontro promosso dal CeRGAS che ha visto la partecipazione di rappresentanti del sistema delle imprese, dirigenti sanitari ed esponenti accademici. In questo breve intervento si riportano alcuni spunti di riflessione emersi in quella sede, cercando di inquadrare il tema delle forniture di beni e servizi alle U.s.l. nel nuovo scenario indotto dalla riforma sanitaria in atto.

Negli ultimi anni l'andamento del valore degli scambi tra centri di acquisto e imprese fornitrici (di farmaci, presidi, tecnologie biomediche, servizi) appare, in estrema sintesi, fortemente condizionato dalle politiche perseguite in sede governativa tese al contenimento della spesa sanitaria, sia corrente che in conto capitale. Queste politiche macroeconomiche hanno

avuto nei provvedimenti sulla riclassificazione dei prodotti farmaceutici e sul livello dei loro prezzi un momento importante. Basti ricordare l'introduzione di una specifica classe di prodotti (H) di alta specializzazione e alto costo diretti alla cura di patologie gravi o croniche. Questi farmaci in base al nuovo prontuario andranno distribuiti, anche se non immediatamente, soltanto nelle strutture ospedaliere.

Dirigenti sanitari e responsabili delle imprese fornitrici sembrano concordare nella valutazione che l'attuale fase di transizione al regime aziendale comporti necessariamente un serio incremento delle difficoltà nella gestione del mercato delle forniture alle aziende sanitarie per una serie articolata di motivazioni.

Vi è, in primo luogo, l'«eredità di tangentopoli» che condiziona pesantemente i rapporti fra imprese fornitrici e U.s.l./ospedali. Diffuse sono le preoccupazioni espresse dai decisori degli acquisti legate alla valutazione delle offerte, con l'emergere di avvertibili timori di compiere atti non corretti in sede procedurale e nella scelta delle offerte. Conseguenza di queste preoccupazioni appare la tendenza a privilegiare l'acquisto al prezzo più basso, non l'individuazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Anche se questa scelta appare giustificabile dal punto di vista delle responsabilità individuali, si pone in

contrasto con i principi economici aziendali che, nella fase di valutazione delle offerte, richiedono di evidenziare (e valutare) tutti gli elementi delle stesse.

In secondo luogo, occorre ricordare la persistente situazione di incertezza e di precarietà vissuta dai vertici sanitari. Gli amministratori straordinari prima e i commissari regionali ora sono in un regime di proroga dal 1991 e questo non aiuta certo i dirigenti ad assumere nelle loro decisioni un'ottica di medio-lungo periodo. Lo stesso processo di accorpamento delle U.s.l., con la sostanziale riduzione del loro numero, ha posto evidenti difficoltà al sistema delle imprese nell'identificazione degli interlocutori sia in sede amministrativa (gare) che sotto l'aspetto dei pagamenti. In altri termini, le imprese fornitrici si chiedono giustamente chi sarà il loro interlocutore responsabile del pagamento per la fornitura odierna tra 6 mesi o fra un anno.

In terzo luogo, le indicazioni delle imprese tendono ad evidenziare una crescita dei ritardi di pagamento da parte delle U.s.l. Al di là di alcuni casi eclatanti, il valore medio del ritardo di pagamento dei prodotti farmaceutici si è avvicinato nell'ultimo anno ai 10 mesi. Sempre in merito ai prodotti farmaceutici, le tendenze degli ultimi mesi prefigurano uno spostamento del mercato dalla farmacia all'ospedale sulla base di due fattori:

— la creazione della nuova classificazione dei farmaci con l'introduzione della classe H di pertinenza esclusiva degli ospedali;

— l'aumento dei servizi sanitari forniti in regime di *day hospital* come conseguenza della riduzione dei posti letto e degli inevitabili interventi di riconversione delle strutture ospedaliere di minori dimensioni.

Quali possono essere le strategie possibili sia per i decisori pubblici che

per le imprese fornitrici per affrontare questo momento di transizione? Obiettivo di fondo di una riflessione su questo tema è la necessità di introdurre elementi capaci di migliorare le relazioni di scambio P.a.-imprese non in maniera contingente, ma con un'ottica di ampio respiro. Non servono a nessuno atteggiamenti allarmistici e corporativismi. Occorre, invece, riflettere sulla portata del cambiamento istituzionale e su come sia possibile dare risposte efficaci alle nuove dimensioni del mercato (Borgonovi, 1992 e 1993). In una fase di transizione verso l'aziendalizzazione come quella attuale i processi di cambiamento esigono non solamente adeguati orizzonti temporali, ma anche e soprattutto una svolta culturale che investa profondamente logiche, comportamenti, tecniche ampiamente consolidati (Borgonovi, 1994).

Nello specifico delle procedure di acquisto si valutino le conseguenze, in gran parte auspicabili, di due semplici linee di intervento: a) riduzione della documentazione burocratica per la partecipazione alle gare; b) standardizzazione delle gare e dei capitolati a livello regionale. Si tratta di una serie di azioni più volte richieste dal sistema delle imprese, ma che si scontrano, oltre con logiche burocratiche tipiche della Pubblica amministrazione, con gli effetti tuttora avvertibili di comportamenti diffusi di non rispondenza alle regole competitive se non di vera e propria illegalità. Una semplificazione delle procedure e della documentazione non deve e non può quindi andare a discapito delle esigenze di controllo e di trasparenza. Una proposta che potrebbe rispondere a queste istanze potrebbe essere quella di far tenere alle singole Regioni un Albo dei fornitori che abbiano dimostrato comportamenti corretti nei rapporti di scambio con la P.a. Scegliendo un'impresa all'interno di questo elenco, i re-

sponsabili degli acquisti sarebbero sicuri di avere di fronte un interlocutore legittimato al quale sia semplificata la documentazione da fornire in sede di procedura di scelta del contraente.

Un'altra proposta degna di attenzione potrebbe essere l'abolizione delle gare per la fornitura alle U.s.l. di specialità medicinali uniche ed esclusive. Lo stralcio dalle gare dei prodotti unici forniti da un unico fornitore risponde agli obiettivi di evitare ritardi burocratici e, nello stesso tempo, accorciare i tempi delle forniture.

Anche dalla discussione svolta nell'incontro CeRGAS è emersa tuttavia la necessità che la valutazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa non sia legata solo al prezzo, quanto ad una valutazione complessiva dell'offerta in cui siano verificati parametri come l'assistenza tecnica, la tempistica della manutenzione, la fornitura di dispositivi collegati all'apparecchiatura principale (Gugiatti, 1994). In termini di forniture di prodotti farmaceutici, questo si traduce nella necessità di scegliere nelle strutture ospedaliere non solamente il farmaco con il prezzo minore, ma anche quello di maggiore efficacia clinica.

Da parte delle imprese fornitrici si è recentemente sottolineato il problema dello sconto sul prezzo dei farmaci venduti alle strutture ospedaliere. Autorevoli rappresentanti del mondo imprenditoriale hanno infatti proposto di legare l'importo dello sconto sul prezzo al pubblico del farmaco alla modalità di pagamento da parte delle U.s.l., in particolare la variabile scadenza del pagamento (a 30 giorni è diverso che a 180 o 360).

Le corrette politiche di controllo della spesa sottolineano comunque l'importanza dell'individuazione, in sede ospedaliera, dei punti dove la spesa farmaceutica incide maggiormente (presumibilmente servizi di ematologia e rianimazione) e di quali

principi attivi sono responsabili della componente principale della spesa. Gli indicatori disponibili indicano, infatti, l'esistenza di un problema di concentrazione nell'utilizzo delle risorse. Di qui l'importanza dell'introduzione di sistemi di controllo di gestione basati su centri di costo e su *budget* coinvolgendo i responsabili di reparto in programmi di verifica della loro spesa indotta. Se è da tutti riconosciuto che la concezione del costo della specifica terapia sia spesso stata estranea alla cultura medica, l'introduzione di questi concetti e di specifici interventi secondo questa logica appaiono quanto mai necessari anche nell'ottica di un cambiamento complessivo nelle metodologie di controllo di gestione. Gli stessi obiettivi ricordati in precedenza di semplificazione e diminuzione delle procedure burocratiche con aumento della velocità delle pratiche di scelta e pagamento del contraente non possono essere visti come disgiunti da interventi riorganizzativi all'interno delle nuove aziende sanitarie. L'importante è riconoscere, in definitiva, che queste questioni non richiedono risposte esclusivamente normative, ma rimandano alla necessità di rivedere l'organizzazione delle procedure e che comunque, al di là delle questioni burocratiche, i vincoli finanziari avranno effetti crescenti sull'attività delle aziende sanitarie.

In questo spirito, le aspettative di razionalizzazione del settore forniture demandate alla legislazione regionale — espresse sia dal sistema delle imprese che da dirigenti pubblici — ap-

paiono sicuramente fondate, anche se occorre ricordare la funzione (e il primato) del diritto comunitario, che sulle tematiche delle procedure di acquisto di beni e servizi da parte della Pubblica amministrazione è preciso e completo (si vedano le direttive n. 93/37 e n. 93/36 sulle procedure di aggiudicazione degli appalti di lavori pubblici e delle forniture statali, nonché la n. 92/50 sulle procedure di aggiudicazioni degli appalti pubblici di servizi).

Un'ultima questione di fondo riguarda la tendenza di molte imprese farmaceutiche a privilegiare nelle proprie strategie di marketing il mercato ospedaliero rispetto alla distribuzione tramite il sistema delle farmacie. Al di là di analisi più o meno corrette rimane il dubbio se effettivamente queste strategie rispondano effettivamente a tendenze di breve o di lungo periodo con le inevitabili conseguenze in sede di politiche di scelta di mercato.

A conclusione di questa breve sintesi dell'incontro CeRGAS, crediamo sia doveroso per tutti gli operatori confrontarsi su due tematiche di carattere non contingente. In primo luogo, è chiara la tendenza in sede istituzionale (Governo e Regioni) a privilegiare forme di mercato, da una parte più regolate specie in termini di modalità contrattuali di acquisto, dall'altra idonee a stimolare la concorrenza tra imprese fornitrici e tra centri di offerta di servizi. Tali direttive sono poste con l'obiettivo di introdurre maggiori livelli di economicità nelle aziende sanitarie acquirenti anche se la questione della trasparenza delle procedure

rimane centrale. In secondo luogo, nell'attuale fase di transizione risultano fondamentali in sede di rapporti negoziali forme innovative e trasparenti di collaborazione tra diverse figure professionali all'interno delle aziende sanitarie (farmacista, personale medico e provveditori).

Se prevale la scelta del prezzo più basso questa deve essere motivata da una valutazione comune tra diversi decisori sulla base di competenze e professionalità diverse, ma convergenti nell'obiettivo di raggiungere maggiori livelli di economicità gestionale, garantendo l'efficacia terapeutica per i pazienti.

#### BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E. (1992), *Dalla sanità di stato allo stato per la salute dei cittadini*, in **Mecosan**, n. 3, pagg. 6-12.
- BORGONOV E. (1993), *Il cambiamento del sistema sanitario*. Una scommessa per la società italiana, in **Mecosan**, n. 5.
- BORGONOV E. (1994), *L'aziendalizzazione*, in **Confronti**, n. 3, pagg. 37-44.
- FIorentini G. (1989), *Un modello interpretativo dei processi di vendita alla Pubblica amministrazione*, in *Azienda pubblica*, n. 1, pagg. 13-56.
- FIorentini G. (1992), *Il marketing all'acquisto nella Unità sanitaria locale*, in **Mecosan**, n. 1, pagg. 132-138.
- GARLATTI A. (1992), *Qualità e immagine nell'economia dei servizi sanitari*, in *Azienda pubblica*, n. 1, pagg. 35-68.
- GUGIATTI A. (1994), *Appalti: obiettivo trasparenza*, in **Mecosan**, n. 10, pagg. 124-129.
- MOLIGNINI G. (1992a), *La spesa dell'U.s.l. con riferimento all'approvvigionamento di beni e servizi*, in **Mecosan**, n. 1, pagg. 139-143.
- MOLIGNINI G. (1992b), *La gara come «casa di vetro»*. Un regolamento può aiutare, in **Mecosan**, n. 3, pagg. 116-118.

# CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 MARZO 1995

## 3 abbonamenti a Mecosan al prezzo di 2

Gentile lettore,

per chi è animato da quell'antico, naturale desiderio che è la voglia di conoscere, le pagine di **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, rivista trimestrale edita sotto gli auspici del Ministero della sanità, rappresentano un incontro unico.

A rivelarsi, attraverso centinaia di pagine, è la sanità sotto il profilo manageriale, per la prima volta raccolta in una grande rivista, dalle grandi pagine (f.to 21 x 28), analizzata in ogni aspetto, in ognuna delle forme e delle espressioni prodotte dalle fonti giuridiche e mediche.

Partendo da esse, **Mecosan** amplia i propri orizzonti ed offre al lettore la possibilità di approfondire tutti gli aspetti nel contesto gestionale in cui la sanità si esprime.

Per Lei, per i suoi collaboratori, per chi ha voglia di conoscere, per chi si propone di studiare, di sapere, di approfondire, di arricchirsi interiormente, **Mecosan** è, come Ella sicuramente ben sa, uno strumento fondamentale ed inesauribile di conoscenza.

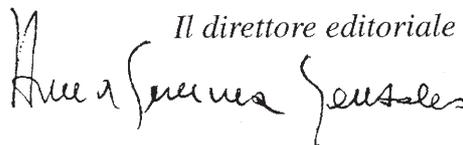
Certamente Ella vorrà rinnovare la sottoscrizione dell'abbonamento a **Mecosan** per il 1995.

**Fino al 30 marzo 1995** il rinnovo è ancora più vantaggioso consentendoLe di sottoscrivere **3 abbonamenti a Mecosan al prezzo di 2**.

Utilizzi subito questa opportunità compilando l'acclusa cedola.

Con distinti saluti

Il direttore editoriale



Roma, novembre 1994

## CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 MARZO 1995

Programma abbonamento 1995

Spediz. in abb. postale - 50%

### **M E C O S A N** Management ed economia sanitaria

● Vi prego voler mettere in corso alle condizioni qui di seguito indicate e agli indirizzi sul retro indicati

n. 3 abbonamenti per il costo complessivo di L. 430.000 anziché L. 645.000

n. 6 abbonamenti per il costo complessivo di L. 860.000 anziché L. 1.290.000

Barrare la casella che interessa

● A tal uopo:

Accludo **assegno bancario o circolare**, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - Roma

Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. 72902000 intestato a **SIPIS** s.r.l. - Roma, come da ricevuta allegata

Barrare la casella che interessa

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## RECENSIONI

### **Farmaci e imprese. Mercato, strutture e management**

A cura di Leonardo Frezza,

(Prefazione  
di Pier Luigi Piccari)

Edizioni  
il Sole 24 Ore, 1994  
pag. 179, lire 40.000

Il settore farmaceutico sta cambiando profondamente; dopo quaranta anni di «vita felice» stanno venendo meno le vecchie regole del gioco del sistema in cui si inserisce. Non solo sono cambiati i principali strumenti di regolazione come il prontuario terapeutico e il sistema dei prezzi (in realtà non approfonditi nel libro), ma stanno mutando le condizioni di mercato, le strutture organizzative e l'orientamento del *management*. «Questa è l'era della destabilizzazione, poiché si stanno frantumando le regole sulle quali si era abituati a operare in questo settore». L'Autore, dopo avere esaminato gli elementi e le radici di questo cambiamento, si chiede quali possano essere le conseguenze per gli uomini e le organizzazioni. Muterà la rilevanza delle funzioni aziendali? Rimarrà centrale la funzione commerciale? La ricerca e sviluppo deve essere rifocalizzata? Vanno riviste la cosiddetta tecnostruttura e le funzioni di staff in relazione alla necessità di pianificazione strategica o di finanza? Frezza propone lucide, semplici e sostanziate risposte, mettendo a disposizione del lettore la sua lunga esperienza professionale nel settore farmaceutico. È un saggio utile a chi lavora nelle aziende farmaceutiche e vuole capire meglio «come sono fatte», ma è anche prezioso per ricercatori, medici e dirigenti del S.s.n. che vogliano conoscere la storia, gli assetti proprietari, gli schemi organizzativi e le contraddizioni delle aziende di questo settore così atipico. Non manca infine in questo testo, che per molti aspetti si pone come un «manuale sintetico», una originale riflessione sulle prospettive dell'industria farmaceutica rispetto a strategie per un «futuro disponibile».

Dopo avere registrato una crescita del fatturato a valori costanti del 100% in 17 anni (dal 1975 al 1992) il settore farmaceutico mondiale si trova oggi a giocare una «mano perdente», «anche se per la verità il gioco si presenta più equilibrato e competitivo per il futuro. Nel primo capitolo Frezza espone sinteticamente gli elementi di discontinuità che spiegano questo cambiamento di fase: la notevole sensibilità dei sistemi sanitari al costo dell'assistenza farmaceutica che richiede alle aziende di orientare la produzione di valore aggiunto anche alle esigenze del «cliente pagatore» (lo Stato, le mutue, le assicurazioni e, quindi, in ultima istanza i cittadini visti come finanziatori), l'andamento demografico che sta mutando i volumi e le caratteristiche della domanda di salute, e l'affermazione nell'arena competitiva del settore farmaceutico di prodotti quali i «generici» e i «prodotti da banco» che minacciano i farmaci «tradizionali». Evitando il rischio di una lettura del mercato del farmaco incentrata solo sui tristi avvenimenti degli ultimi anni, Frezza inquadra il mercato italiano nel più ampio scenario internazionale, passando solo successivamente a riflessioni sulla storia, gli uomini e i modelli organizzativi delle aziende che operano in Italia.

Nel secondo capitolo vengono così analizzate le caratteristiche principali dell'industria farmaceutica italiana, distinguendo tra imprese a capitale nazionale imprese multinazionali. Due aspetti appaiono particolarmente interessanti in questo capitolo: la sintesi delle principali operazioni di acquisizione, fusione, accordo e *joint-venture* in Italia da parte di alcune

multinazionali e l'illustrazione delle principali strutture organizzative delle aziende operanti nel mercato italiano.

Nei successivi capitoli sulla ricerca e sviluppo, l'attività produttiva, l'attività commerciale, e le funzioni di supporto, l'analisi delle aziende viene dettagliata seguendo la logica della «catena del valore» e fornendo al lettore diversi spunti di riflessione sulle prospettive future delle principali funzioni aziendali.

Gli anni Novanta, l'ultimo capitolo del libro, propone alcuni spunti di riflessione su questioni particolarmente critiche per il futuro dell'industria farmaceutica italiana. Il primo spunto di riflessione riguarda la «successione» al comando delle aziende italiane che non è visto semplicemente come un problema di media anagrafica dei vertici o come adeguamento ai nuovi parametri di *business*, ma anche come qualità dei possibili successori e come reale propensione a chiudere per sempre con le logiche di «tangentopoli». Frezza addirittura sostiene che proprio da tangentopoli può venire un formidabile strumento di ricambio manageriale in un periodo che ne ha comunque necessità.

La seconda riflessione proposta riguarda le caratteristiche del direttore generale di domani. Le caratteristiche del vertice operativo e strategico aziendale, che riporta direttamente o indirettamente agli *stake-holders*, deve essere una persona che capisce l'ambiente politico e interagisce con lo stesso in modo etico, ma soprattutto che non è compromessa con un passato negativo. È un negoziatore che comprende il mercato locale, ma con una visione globale dei mercati internazionali. È multi-funzionale orientato ai risultati e consapevole dei costi. È aperto alla «comunicazione» con i consumatori. Deve capire che se il vantaggio competitivo è la ricerca, il successo è però determinato dalla qualità e dalla motivazione degli uomini e delle strutture. Il tradizionale sentiero di carriera «da propagandista a direttore generale» diviene criticabile dinanzi ai nuovi parametri...».

Il terzo tema discusso nell'ultimo capitolo riguarda i «momenti organizzativi». La ricerca e l'esperienza dell'Autore portano a una categorizzazione tra: «assetto tradizionale» (scarsa proiezione al mercato, prevalenza di logiche interne all'azienda, staticità nel tempo e dominanza culturale della proprietà), «terminale intelligente» che riporta alla casa madre (generalmente senza ricerca e con solo una parte delle attività di sviluppo clinico nel Paese, e quindi con un prevalente orientamento ai risultati dell'attività di commercializzazione), e «organizzazione olistica» (R&S in Italia ma posta in rete con le altre R&S del gruppo *transnazionale*, Produzione decentrata ma anch'essa controllata a livello sovranazionale, Marketing e Vendite organizzate per aree regionali, e responsabilità del *general management* limitate agli adempimenti di entità legale del singolo paese e quindi senza controllo delle aree di *business*). Sebbene con una certa cautela, Frezza indica il terzo modello come il più indicato per gli anni Novanta, suggerendo al contempo che il processo di ri-orientamento delle multinazionali potrebbe costringere le aziende a capitale italiano a strategie di nicchia, alla ricerca di *joint venture* e di *co-development* e quindi alla necessità di dotarsi di una adeguata e rinnovata cultura organizzativa.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GIULIANO CAZZOLA

**Lo stato sociale  
tra crisi e riforme:  
il caso Italia**

Ed. Il Mulino  
Bologna 1994,  
pag. 165, L. 22.000

*La previdenza, l'assistenza, la sanità sono i fondamenti dello «stato sociale», ma in tutta l'Europa — e in modo particolare in Italia — le Regioni e i conti del welfare, inesorabilmente legati a quelli della spesa pubblica, hanno cominciato a vacillare. Come conciliare allora deficit pubblico e solidarietà sociale?*

*Questo libro cerca di fare ordine in una materia magmatica e in evoluzione; il quadro del nostro sistema di previdenza e assistenza è delineato con chiarezza e aggiornato alle ultime decisioni legislative e di governo.*

*È evidente la necessità di un impegno costante nel progetto di armonizzazione sovranazionale dei diversi dispositivi di protezione sociale. La diversità del welfare nei Paesi europei e la variabilità dei processi decisionali ci induce ad immaginare l'adozione di un sistema europeo di tutela, universalistico, orientato nell'identificazione di un bene collettivo minimo o, meglio, di una «dimensione sociale» da tutti riconosciuta capace di creare consenso ed aggregazione transnazionale.*

*Si dovrebbe inoltre provvedere, prevedere nuove forme di tutela sociale, in ambito regionale o multiregionale. Verso una simile prospettiva si muovono del resto le politiche di aiuto regionale della C.E.E, che prevedono una serie di «fondi strutturali» per facilitare il processo di convergenza delle prestazioni economiche, ovvero la riduzione degli squilibri regionali e locali.*

SOCIETÀ E ISTITUZIONI

**La comunità solidale  
in Europa  
Dal welfare state  
alla welfare community**

Ed. Presidenza  
del Consiglio dei ministri  
Dipartimento  
per l'informazione  
e l'editoria, pag. 476

MILENA DIOMEDE  
CANEVINI  
(a cura di)

**Documentazione  
professionale  
e valutazione  
degli interventi**

Fond. Emanuela Zancan,  
Padova 1993,  
pag. 103, L. 20.000

*Il nuovo sistema dei servizi alla persona che fa perno sugli enti locali, Comuni ed U.s.l., e le recenti leggi sull'ordinamento delle autonomie locali, sul volontariato, sulla cooperazione sociale, sull'handicap, sulle tossicodipendenze, sui minori a rischio richiedono all'operatore sociale non solo la capacità di documentare il proprio lavoro, ma anche di contribuire alla programmazione e alla valutazione dei servizi.*

*Inoltre in un sistema di servizi integrati, ciascun professionista deve essere in grado di documentare il proprio lavoro e di fornire elementi di valutazione che possano essere recepiti e utilizzati dalle altre professionalità per giungere alla valutazione globale del servizio, potendo inserire i dati per il sistema di informatizzazione rendendo la documentazione più rigorosa scientificamente.*

B.J. BLYTHE,  
T. TRIPOLDI,  
E. FASOLO,  
F. ONGARO

**Metodi di misurazione  
nelle attività di servizio  
sociale a contatto  
diretto con l'utenza**

Fond. Emanuela Zancan,  
Padova 1993, L. 28.000

*La valutazione, applicata al lavoro sociale e ai servizi alla persona, è ancora piuttosto estranea alla cultura professionale italiana. Si usa da sempre e con metodi rigorosi nell'attività industriale e commerciale, ma quasi per nulla nell'attività sociale. Anche quando si fa valutazione, si tende a farla in modo assai approssimativo e scarsamente attendibile. La Fondazione Emanuela Zancan ha introdotto il sistema di valutazione utilizzando i metodi scientifici di Tony Tripoldi. Con la collaborazione di F. Ongaro e E. Fasolo si è cercato di contestualizzare nella cultura italiana i contenuti e le metodologie. Sta qui in fondo un sfida per i professionisti del sociale: sapere misurare e valutare con rigore scientifico il proprio lavoro, senza perdere di vista la globalità della persona.*

*Rovesciando il famoso detto di Mandeville, si potrebbe dire che la crisi del welfare state rende la realizzazione del benessere collettivo sempre più connessa al riconoscimento e al rafforzamento delle «virtù» private. Il recente sviluppo di un settore di organizzazioni formalmente private ma senza finalità di lucro e perseguiti obiettivi collettivi sembra offrire sostegno a questa ipotesi.*

*Il contributo delle organizzazioni non profit può essere rilevante sia sul piano dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi rivolti alla popolazione, sia sul piano dell'allargamento della partecipazione dei cittadini alla realizzazione del bene comune.*

*La ricerca intende comprendere quale sia il contributo che le non profit possono portare al miglioramento delle politiche di welfare e quali siano le modalità prevalenti di definizione e regolazione di tale ruolo.*

COSTANZO RANCI,  
ALESSANDRA VANOLI

**Beni pubblici  
e virtù private  
Il terzo settore  
nelle politiche  
del welfare**

Ed. Fond. A. Olivetti,  
1994, pag. 223

CONSIGLIO NAZIONALE  
DELLE RICERCHE  
a cura di Vittorio Mapelli

**La domanda  
di servizi sanitari.  
Un'indagine  
campionaria**

Ist. di Economia sanitaria,  
Roma 1994, pag. 255

*Il libro riporta i risultati di un'indagine quantitativa sulla domanda di servizi sanitari svolta nell'ambito del progetto finalizzato sulla Pubblica amministrazione del Consiglio nazionale delle ricerche.*

*Scopo del Progetto è la sistemazione delle conoscenze disponibili e lo svolgimento di tutte le rilevazioni necessarie ad ottenere una rappresentazione compiuta della struttura e dell'azione amministrativa, nonché di valutare la funzionalità della P.a. Ciò anche in vista della formulazione di proposte, relative alle maggiori disfunzioni e alle procedure, dirette ad assicurare maggiore efficienza. A questi obiettivi si aggiungono lo sviluppo delle scienze applicate alla P.a. e la formazione di esperti nelle scienze e nelle tecniche amministrative. Il Progetto è articolato in cinque Sottoprogetti: direzione politica della Pubblica amministrazione; grandi servizi pubblici; Pubblica amministrazione e attività produttive; finanza e amministrazione locale.*

*Questo manuale, destinato alle Unità sanitarie locali, ridefinisce ed aggiorna, sulla base dell'evoluzione tecnologica e scientifica, il sistema dei pesi utilizzabile per valorizzare le attività prodotte dai servizi intermedi e fruite dalle Divisioni di degenza finali. I pesi esprimono la complessità dei diversi interventi, in termini di tipologia e quantità di risorse assorbite, e consentono di valutare più compiutamente i consumi dei reparti ospedalieri.*

*Nell'attuale fase di riordino e di innovazione della sanità le prospettive di utilizzo dei sistemi di pesi relativi alle prestazioni sanitarie sono aperte ad ulteriori sviluppi, quali la determinazione del costo per paziente o caso trattato, o la considerazione come parametri di riferimento per la fatturazione, nonché per corrette valutazioni di efficienza finalizzate al finanziamento delle aziende sanitarie.*

G. VIRGILIO, B. CURCIO  
RUBETINI, C. MALVI

**Revisione dei nomenclatori  
e dei pesi per la  
determinazione dei  
prezzi di trasferimento  
dei servizi sanitari  
intermedi ospedalieri**

Ed. Clueb, Bologna 1994,  
pag. 172, L. 15.000

A. BONALDI,  
F. FOCARILE,  
A. TORREGIANI

**Curare la qualità.  
Manuale per valutare  
e migliorare  
l'assistenza sanitaria**

Guerini e Associati,  
Milano 1994,  
pag. 318, L. 48.000

*Vengono esposti i concetti fondamentali e gli elementi critici che contraddistinguono la qualità dell'assistenza sanitaria, presenta gli strumenti per misurare la qualità, descrive come avviare un progetto di miglioramento ed espone le diverse strategie capaci di migliorare la qualità dei servizi sanitari. Guida il lettore verso la definizione progressiva di progetti di miglioramento della qualità accompagnandolo nel momento della preparazione teorica, nella definizione delle condizioni organizzative, nella gestione delle fasi di realizzazione della qualità, nella verifica e consolidamento dei risultati raggiunti. Utile a tutti coloro che hanno responsabilità cliniche, amministrative o di direzione di servizi sanitari, fornisce una risposta pratica, alle domande che si pone chi ha a cuore la qualità dell'assistenza sanitaria.*

*Raccolta di scritti che l'autore da anni impegnato nel dibattito sui problemi della sanità e, in generale, sul diritto alla salute, ha proposto in un momento in cui il Servizio sanitario nazionale è stato al centro dell'attenzione politica, in bilico tra disegni di smantellamento e difesa corporativa. Filo conduttore di tutti gli scritti è la necessità di salvare i principi essenziali dello Stato sociale e, al contempo, la necessità di essere aperti a tutte le revisioni che si rendono necessarie.*

GIOVANNI  
BERLINGUER

**La milza di Davide**

Ediesse, Roma 1994,  
pag. 162, L. 30.000

GEORGE FRANCE  
(a cura di)

**Concorrenza  
e servizi sanitari**

Quaderni per la ricerca  
serie studi/33,  
Istituto di Studi  
sulle Regioni, Roma 1994

*Solo pochi anni or sono sarebbe stato difficile prevedere che nei Paesi industrializzati il problema di porre un limite quantitativo all'assistenza sanitaria finanziata dalla collettività sarebbe divenuto uno dei temi più dibattuti, anche per gli importanti riflessi sul piano etico e ideologico che esso tende inevitabilmente ad avere. Quasi tutti i paesi stanno riesaminando il proprio sistema sanitario per far fronte all'esigenza comune di riuscire a garantire la migliore assistenza sanitaria possibile in un contesto di risorse limitate. Uno dei temi più importanti attualmente al centro del dibattito sulla riforma dell'assistenza sanitaria è quello della concorrenza tra fornitori per la conquista di una quota delle limitate risorse disponibili all'interno del sistema sanitario complessivo.*

*Uno degli obiettivi dell'incontro di studio è proprio quello di fare il punto sulle implicazioni connesse all'introduzione di forme di concorrenza nel settore sanitario.*

## SPOGLIO RIVISTE

## Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari

BATTISTELLA R.

*Health services reforms: political and managerial aims-an international perspective*

The International Journal Health Planning and Management, 8(4): 265-274, 1993

CRICHTON A.

*A critical analysis of recent canadian health policy: models for community-based services*

The International Journal Health Planning and Management, 8(4): 275-294, 1993

SHEAFF R.

*What kind of healthcare internal market? A cross-Europe view of the options*

The International Journal Health Planning and Management, 9(1): 5-24, 1994

SHEIMAN I.

*The development of market approaches in Russia*

The International Journal Health Planning and Management, 9(1): 25-38, 1994

AXELSSON L., SVENSSON P.

*Setting goals and targets for performance standards within the Swedish health care system*

The International Journal Health Planning and Management, 9(3): 217-234

DESCHAMPS J., HALLEY DES FONTAINS V., COLLIN J., LAVIELLE C.

*Santè Publique, une revue pour la recherche, l'analyse et l'action*

Santè Publique, 1: 3-6, 1994

PAILLAT P.

*Une politique globale de santè pour la France grisonnante les bases d'un consensus*

Santè Publique, 2: 101-113, 1994

PAILLANT P.

*Une politique globale de santè pour la France grisonnante, propositions: domaines et interaction*

Santè Publique, 2: 114-128, 1994

AUTELITANO G.

*La figura del Direttore sanitario: obblighi, poteri, responsabilita alla luce del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502*

L'Ospedale, 7-8: 135-139, 1994

CASSINA G., MANTOVANI A.

*Un campo sconosciuto: la medicina veterinaria in Italia*

Medicina Democratica, 91: 44-52, 1994

FARLEY SHORT P., KEMPER P.

*Nursing home financing reform: how would it affect expenditures for nursing home care?*

Inquiry, 31: 141-152, 1994

BRAY N., CARTER C., DOBSON A., WATT M., SHORTELL S.

*An examination of winners and loser under Medicare's prospective payment system*

Health Care Management Review, 19(1): 44-55, 1994

ASHBURNER L.

*The composition of NHS trust boards*

Health Services Management Research, 7(3): 154-164

SPURGEON P.

*Purchaser/provider in relationships: current practice and future prospects*

Health Services Management Research, 7(3): 195-200, 1994

ABEL-SMITH B., MOSSIALOS E.

*Cost containment and health care reform: a study of the European Union*

Health Policy, 28: 89-132, 1994

GARPENBY P., CARLSSON P.

*The role of national quality registers in the Swedish health service*

Health Policy, 29: 183-195, 1994

HOLAHAN J., BLUMBERG L., ZUCKEMAN S.  
*Strategies for Implementing Global Budgets*  
The Milbank Quarterly, 72(3): 399-430, 1994

BROOKFIELD D.  
*Contracting for services and limits to managed competition*  
Journal of management, 8(2): 17-23, 1994

NAUGHTON J., VANA J.  
*The Academic Health Center and health community*  
American Journal of Public Health, 84(7): 1071-1076, 1994

### Valutazione economica delle attività sanitarie

NICHOL L., MARGOLIS K., WUORENMA J., VON STERNBERG T.  
*The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community*  
The New England Journal of Medicine, 331(12): 778-784, 1994

SCHULPER M., SEED P., HENDERSON R., et al.  
*Health services costs of coronary angioplasty and coronary artery bypass surgery: the randomised intervention treatment of angina (RITA) trial*  
The Lancet, 344(8279): 927-929, 1994

AVANZINI F., TOGNONI G.  
*Terapia Antiipertensiva razionale: applicazioni di raccomandazioni o problema di ricerca?*  
Ricerca & Pratica, supplemento al n. 55 del 1994

SHIMBO T., GLICK H., EISENBERG J.  
*Cost-effectiveness analysis of strategies for colorectal cancer screening in Japan*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 10(3): 359-375, 1994

BABAZONO A., HILLMAN A.  
*A comparison of international health outcomes and health care spending*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 10(3): 376-381, 1994

HOEFFLINGER TAFT S., SEITZ P.  
*Innovations in human service technologies*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 10(2): 214-226, 1994

BRADBURY R., GOLEC J., STEEN P.  
*Relating hospital health outcomes and resource expenditures*  
Inquiry, 31(1): 56-65, 1994

MACNEE C., PENCHANSKY R.  
*Targeting ambulatory care cases for risk management and quality management*  
Inquiry, 31(1): 66-75, 1994

MARGOLIS L., PETTI R.  
*An analysis of the costs and benefits of two strategies to decrease length of stay in children's psychiatric hospitals*  
Health Services Research, 29(2): 155-168, 1994

MARQUIS S., KOMINSKI G.  
*Alternative volume performance standards medicare physicians' services*  
The Milbank Quarterly, 72(2): 329-358, 1994

ROSENSTEIN A.  
*Cost-effective health care: tools for improvement*  
Health Care Management Review, 19(2): 53-61, 1994

### Gestione dei servizi sanitari

BURNS L., BEACH L.  
*The quality improvement strategy*  
Health Care Management Review, 19(2): 21-31, 1994

STRUTTON D., TANNER J.  
*Older consumers' perceptions of health care information sources: the effect on search behavior*  
Health Marketing Quarterly, 11(3/4): 175-199, 1994

Zinn J., Aaronson W., Rosko M.  
*Strategic groups, performance, and strategic response in the nursing home industry*  
Health Services Research, 29(2): 187-205

BENNET A.  
*Business planning: can the health service move from strategy into action?*  
Journal of Management in Medicine, 8(2): 24-33, 1994

MECHANIC D.  
*Managed care: rhetoric and realities*  
Inquiry, 31(2): 124-128, 1994

NAKATA J., SAYLOR C.  
*Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment*  
Nursing Administration Quarterly, 18(3): 51-57, 1994

GARDNER D., CUMMINGS C.  
*Total quality management and shared governance: synergistic processes*  
Nursing Administration Quarterly, 18(4): 56-64, 1994

SEGESTERN K., ANGELI E., ELMCRONA M. et al.  
*Nurses' experiences of change: a new professional collaboration model and all-R.N. staffing*  
Nursing Administration Quarterly, 18(4): 72-78, 1994

CLEARY R., BEARD R. et al.

*Comparative hospital databases: values for management and quality*

Quality in Health Care, 3(1): 3-10, 1994

*A selection of abstracts of recently published articles on issues affecting management in medicine*

Journal of Management in Medicine, 8(3), 1994

HALL J., STEVENS P., MELEIS A.

*Marginalization: a guiding for valuing diversity in nursing knowledge development*

Advances in Nursing Science, 16(4): 23-41, 1994

SATIA J., MAVALANKAR D., SHARMA B.

*Micro-level planning using rapid assessment for primary health care services*

Health Policy and Planning, 9(3): 318-330, 1994

RAMSEY R.

*Activity-based costing for hospitals*

Hospital & Health Services Administration, 39(3): 385-396, 1994

PARKER D., NEWBRANDER W.

*Tackling wastage and inefficiency in the health sector*

World Health Forum, 15(2): 107-113, 1994

#### Assistenza farmaceutica

ROMERO M., MISELLI M.

*Il mercato dei farmaci. Vere e false novità luglio-novembre 1993*

Ricerca & Pratica, 55: 1-7, 1994

BURSTALL M.

*Copayments for medicines: how much should patients pay?*

PharmaEconomics, 6(3): 187-192, 1994

ARISTIDES M., MITCHELL A.

*Applying the Australian guidelines for the reimbursement of pharmaceuticals*

PharmaEconomics, 6(3): 196-201, 1994

#### Economia sanitaria

PRESCOTT P.

*Cost-effective primary care providers: an important component of health care reform*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 10(2): 249-257

FALCITELLI N., LANGIANO T.

*Il sistema di indicatori di efficienza e di qualità previsto dall'art. 10 del decreto di riordino del Servizio sanitario nazionale*

Organizzazione Sanitaria, 3/4: 6-17, 1994

ZANONI M.

*Gli indicatori: normativa, metodologia e realtà*

Organizzazione Sanitaria, 3/4: 18-37, 1994

VANARA F.

*La lettura e l'interpretazione degli indicatori: un'analisi introduttiva*

Organizzazione Sanitaria, 3/4: 74-85, 1994

NORDBERG M., KESKIMAKI I., HEMMINKI E.

*Is there a relation between waiting list length and surgery rate?*

The International Journal Health Planning and Management, 9(3): 259-266, 1994

SMITH L., MORRISSY J.

*Ethical dilemmas for general practitioners under the UK new contract*

Journal of Medical Ethics, 20(3): 175-180, 1994

#### Varie

LOMBARDI A., CASTRABERTE M.

*Il servizio di assistenza domiciliare integrata*

Prospettive sociali e sanitarie, 14:4-8, 1994

NOTO V.

*Ospedalizzazione a domicilio*

Prospettive sociali e sanitarie, 14: 4-8, 1994

*Hospital-Physician Relationships*

Topics in Health Care Financing, 20(4), 1994

## LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI

di Michela Tabacchi

Le attuali politiche sanitarie dei Paesi industrializzati si trovano strette da crescenti vincoli di tipo finanziario nel momento in cui le tendenze demografiche, il prevalere di patologie di tipo cronico-degenerativo e l'aumentato livello di tecnologie sanitarie disponibili spingono invece verso un aumento sostanziale dei bisogni e della domanda di servizi sanitari. Per i servizi sanitari pubblici risorse scarse e vincolate dovranno sempre più affrontare una crescente domanda. L'adozione di politiche sanitarie che vedano il problema della qualità come punto caratterizzante risulta attualmente uno dei principali strumenti per affrontare questa situazione. D'altro canto, risulta estremamente difficile introdurre logiche basate sulla qualità sia per i vincoli finanziari, sia per gli impegni supplementari richiesti agli operatori ai vari livelli.

Esistono numerose definizioni di qualità dell'assistenza sanitaria, ed ognuna di esse può essere considerata legittima nel contesto appropriato.

A. Donabedian (1990) afferma che l'equilibrio tra benefici e danni per la salute sia l'aspetto fondamentale della definizione di qualità, formulando una definizione sociale sostenibile da un punto di vista etico. Secondo tale definizione, «tutti gli anni di vita attiva di una persona avrebbero un eguale valore. Tutti avrebbero le medesime possibilità di accedere all'assistenza, concorrendo ai costi, in base però alla loro capacità contributiva. Data una specifica quantità di risorse destinate all'assistenza sanitaria, il livello più alto di assistenza risulterà quello che produce, per un'intera popolazione, il beneficio netto più elevato. È responsabilità delle scuole che formano il personale sanitario individuare ed insegnare quelle metodologie di assistenza che hanno maggiore probabilità di raggiungere tale risultato. Quando ciò avviene, l'assistenza fornita a ciascun individuo, in accordo con queste strategie, si uniforma allo *standard* sociale della qualità».

R.H. Palmer (1989) definisce qualità dell'assistenza «la sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie e dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza».

Un modello di qualità deve quindi essere in grado di comprendere la componente tecnica ed interpersonale dell'assistenza sanitaria, ed anche il suo contenuto, quantità e costo monetario.

La componente tecnica e quella interpersonale sono strettamente legate tra loro: l'assistenza tecnica è l'applicazione della scienza e della tecnologia medica e delle altre discipline sanitarie alla gestione di un problema personale di salute, risulta quindi che la qualità dell'assistenza tecnica consiste nell'utilizzo di questi strumenti in modo da massimizzarne i benefici per la salute senza, al tempo stesso, aumentarne i rischi. La gestione dei rapporti interpersonali deve misurarsi con valori e norme socialmente definiti, rafforzati in parte dall'etica delle professioni sanitarie e dalle attese e aspirazioni dei singoli pazienti. Il livello di qualità nella gestione dei rapporti interpersonali potrebbe allora essere misurato dal grado di

conformità a questi valori, norme, attese ed aspirazioni. Si potrebbe allora concludere, unificando i due concetti, che per qualità dell'assistenza si intende quel tipo di assistenza che ci si attende massimizzi il benessere del paziente dopo aver tenuto conto dell'equilibrio tra vantaggi e svantaggi attesi che accompagnano tale processo in ogni sua parte.

Risulta inoltre evidente come il concetto di qualità sia intrinsecabilmente intrecciato con il concetto di quantità: l'accesso e il conseguente utilizzo dei servizi devono essere presi entrambi in considerazione nel momento in cui si esprimono giudizi sulla qualità. La stessa risulta strettamente correlata anche con il suo costo monetario: la qualità costa denaro, ma è possibile, eliminando i servizi inutili e creando servizi efficienti, ottenere con la stessa quantità di denaro una qualità maggiore, oppure conseguire lo stesso livello di qualità a costi più contenuti.

Considerazioni quali l'accessibilità, la continuità e il coordinamento dell'assistenza assumono quindi un'importanza particolare come fattori determinanti della qualità. Per avere una visione complessiva risulta inoltre necessario considerare, oltre al punto di vista degli utenti, a livello individuale e collettivo, anche il punto di vista degli operatori e degli amministratori.

Nell'esempio del Regno Unito, il discorso qualità si è sviluppato soprattutto attraverso l'introduzione di meccanismi di *audit* interno da parte di gruppi professionali, con il ricorso a strumenti di verifica e revisione della qualità. Una priorità nei confronti di questi meccanismi rischia tuttavia di dilatare l'importanza della qualità professionale a discapito sia della qualità per il cliente/paziente, sia degli aspetti relativi alla gestione manageriale. Un sistema di qualità è invece composto da ruoli, responsabilità, processi e procedure di cui una organizzazione dispone per assicurarsi che il personale sia in grado di gestire tutti gli aspetti relativi alla qualità, con l'obiettivo finale di introdurre elementi di Total Quality Management.

Esistono in alcuni casi forti resistenze all'introduzione dei sistemi di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, è quindi necessario porre in essere strumenti e modalità che permettano di vincere tali resistenze: intervenire sulla formazione e sulla ricerca, partire dalla realtà quotidiana degli operatori sanitari, sensibilizzandoli e coinvolgendoli, riservare un'attenzione particolare alle problematiche relative agli incentivi, agli aspetti economici, dell'accreditamento e del sistema informativo.

Misurare la qualità dell'assistenza non è un esercizio fine a se stesso, ma deriva dalla necessità di creare degli strumenti necessari per migliorare il livello dell'assistenza sanitaria, intraprendendo azioni correttive quando si rilevano carenze qualitative.

ROEMER M.I.

*Controlling and Promoting Quality in Medical Care*  
Law and Contemporary Problems; 35(2), Spring 1970, p. 284-304

WORTHINGTON W., SILVER L.

*Regulation of Quality of Care in Hospitals: The Need for Change*  
Law and Contemporary Problems; 35(2), Spring 1970, p. 305-33.

NEUHAUSER D., TURCOTTE F.

*Costs and Quality of Care in Different Types of Hospitals*  
Annals of the American Academy of Political and Social Science; 399, Jan. 1972, p. 50-61

FELDSTEIN M.

*Quality Change and the Demand for Hospital Care*  
Econometrica; 45(7), Oct. 1977, p. 1681-1702

BARRO G.

*La qualità della salute. Dalla riforma un nuovo sapere medico*  
Napoleone, 1978

FELDMAN R.

*Price and Quality Differences in the Physicians' Services Market*  
Southern Economic Journal; 45(3), Jan. 1979, p. 885-91

JOSKOW P.L.

*The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital*  
Bell Journal of Economics; Autumn. 1980, p. 421-47. Previously published: 11 2

GREENE V.L., MONAHAN D.J.

*Structural and Operational Factors Affecting Quality of Patient Care in Nursing Homes*  
Public Policy; Fall 1981, p. 399-415. Previously published: 29 4

JARRETT J.

*The Relationship of Cost Variation, Prospective Rate Setting, and Quality of Care in Nursing Homes: A Hedonic Examination*  
Review of Business and Economic Research; Winter 1982, p. 67-77. Previously published: 17 2

- VUORI H.V.  
*Quality assurance of health services*  
Who Reg. Off; for Europe, 1982
- SCHLESINGER H.  
*A Theoretical Model of Medical Malpractice and the Quality of Care*  
Journal of Economics and Business; 1983, p. 83-94. Previously published: 35 1
- DONABEDIAN A.  
*The Quality of Care in a Health Maintenance Organization: A Personal View*  
Inquiry; Fall 1983, p. 218-22. Previously published: 20 3
- SCHLENKER R., SHAUGHNESSY P., YSLAS I.  
*The Effect of Case Mix and Quality on Cost Differences between Hospital-Based and Freestanding Nursing Homes*  
Inquiry; Winter 1983, p. 361-68. Previously published: 20 4
- JOSEPH H.  
*Reimbursement Methods and Hospital Quality*  
Eastern Economic Journal; July-September 1984, p. 285-93. Previously published: 10 3
- DONABEDIAN A.  
*The Epidemiology of Quality*  
Inquiry; 22(3), Fall 1985, p. 282-92
- NYMAN JOHN A.  
*Prospective and «Cost-Plus» Medicaid Reimbursement, Excess Medicaid Demand, and the Quality of Nursing Home Care*  
Journal of Health Economics; 4(3), September 1985, p. 237-59
- ULMANN STEVEN G.  
*The Impact of Quality on Cost in the Provision of Long-term Care*  
Inquiry; 22(3), Fall 1985, p. 293-302
- HAWES CATHERINE, PHILLIPS CHARLES  
*The Changing Structure of the Nursing Home Industry and the Impact of Ownership on Quality, Cost, and Access*  
Gray, Bradford H., ed. For profit enterprise in health care. Washington D.C.: National Academy Press, 1986, p. 492-541
- MOORES BRIAN ED.  
*Are they being served? Quality consciousness in service industries*  
Oxford: Allan; distributed by Humanities Press, Atlantic, Highlands, N.J., 1986, p. 305
- FRANK RICHARD, KAMLET MARK  
*Quality, Quantity and Total Expenditures on Publicly Provided Goods: The Case of Public Mental Hospitals*  
Journal of Public Economics; 29 (3), April 1986, p. 295-316
- LORENZINI V.  
*Indicatori qualitativi di produttività dei servizi sanitari: standard regionali per l'autocontrollo dei costi e la qualità delle prestazioni nelle U.s.l.*  
Tratto da: Isis News, Marzo 1986
- ALLEN ROBIN, GERTLER PAUL  
*Regulation and the Provision of Quality to Heterogeneous Consumers: The Case of Prospective Pricing of Medical Services*  
National Bureau of Economic Research Working Paper: 2269, May 1987
- WYSZEWIANSKI LEON, THOMAS WILLIAM J., FRIEDMAN BRUCE A.  
*Case-Based Payment and the Control of Quality and Efficiency in Hospitals*  
Inquiry; 24(1), Spring 1987, p. 17-25
- NYMAN JOHN A.  
*Improving the Quality of Nursing Homes: Regulation or Competition?*  
Journal of Policy Analysis and Management; 6(2), Winter 1987, p. 247-51
- DEL VECCHIO M.  
*Aspetti economici della qualità nella sanità*  
Tratto da: convegno su «La qualità nella sanità: il ruolo delle nuove tecnologie
- BORGONOV E.  
*Professionalità: un modello per lo sviluppo della qualità dell'assistenza*  
Tratto da: Convegno «Un modello professionale per l'assistenza infermieristica», Milano Ottobre 1987
- MCNEIL BARBARA  
*The Emphasis on Measurement in Quality Assurance: Reasons and Implications/ Commentary*  
Inquiry; 25(4), Winter 1988, p. 433-34
- GINSBURG PAUL  
*The Emphasis on Measurement in Quality Assurance: Reasons and Implications/ Commentary*  
Inquiry; 25(4), Winter 1988, p. 434-36
- DESHARNAIS SUSAN, CHESNEY JAMES, FLEMING STEVEN  
*Trends and Regional Variations in Hospital Utilization and Quality during the First Two Years of the Prospective Payment System*  
Inquiry; 25(3), Fall 1988, p. 374-82
- Tresnowski Bernard  
*The Current Interest in Quality Is Nothing New*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 3-5
- WYSZEWIANSKI LEON  
*Quality of Care: Past Achievements and Future Challenges*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 78-89

- CLEARY PAUL, MCNEIL BARBARA  
*Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 25-36
- BUNKER JOHN  
*Is Efficacy the Gold Standard for Quality Assessment?*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 51-58
- WILLIAMSON JOHN  
*Future Policy Directions for Quality Assurance: Lessons from the Health Accounting Experience*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 67-77
- EISENBERG JOHN, KABCENELL ANDREA  
*Organized Practice and the Quality of Medical Care*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 78-89
- DONABEDIAN AVEDIS  
*Quality and Cost: Choices and Responsibilities*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 90-99
- VLADDECK BRUCE  
*Quality Assurance through External Controls*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 100-107
- GINSBURG PAUL, HAMMONS GLENN  
*Competition and the Quality of Care: The Importance of Information*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 108-115
- PALMER HEATHER  
*The Challenges and Prospects for Quality Assessment and Assurance in Ambulatory Care*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 119-31
- KANE ROSALIE, KANE ROBERT  
*Long-term Care: Variations on a Quality Assurance Theme*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 132-46
- Luft Harold  
*HMOs and the Quality of Care*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 147-56
- MCGLYNN ELIZABETH, et al.  
*Quality of Care Research in Mental Health: Responding to the Challenge*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 157-70
- DONABEDIAN AVEDIS  
*Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means*  
Inquiry; 25(1), Spring 1988, p. 173-92
- PAULY MARK  
*Insurance, Information, Quality, and Medical Markets*  
Smith Selby C., ed. Economics and health: 1988. Proceedings of the Tenth Australian Conference of Health Economists. Clayton, Australia: Monash University, Faculty of Economics and Politics, Public Sector Management Institute, 1988, p. 45-55
- WSZEWIANSKI LEON  
*The Emphasis on Measurement in Quality Assurance: Reasons and Implications*  
Inquiry; 25(4), Winter 1988, p. 424-33
- KAUPER THOMAS  
*The Role of Quality of Health Care Considerations in Antitrust Analysis*  
Law and Contemporary Problems; 51(2), Spring 1988, p. 273-340
- CAVALLO F., TRAVERSA G., PIERGENTILI P., RENGÀ G.  
*Qualità ed efficacia dei servizi sanitari*  
Franco Angeli, 1988
- CONGRESS OF THE UNITED STATES-OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT  
*The quality of Medical Care*  
Ed. Office Tech. Ass., USA 1988
- MCKAY NICCIE  
*Quality Choice in Medicaid Markets: The Case of Nursing Homes*  
Quarterly Review of Economics and Business; 29(2), Summer 1989, p. 27-40
- GERTLER PAUL  
*Subsidies, Quality, and the Regulation of Nursing Homes*  
Journal of Public Economics; 38(1), February 1989, p. 33-52
- GHETTI V. (a cura di)  
*La valutazione della qualità: una nuova frontiera del sistema sanitario nazionale*  
Franco Angeli, 1989
- DONABEDIAN A.  
*Setting up quality and assurance in hospitals*  
Eada, 1989
- BORGONOVÌ E.  
*La valutazione della qualità come momento del controllo di gestione*  
Tratto da Ghetti V. (a cura di), Franco Angeli, 1989
- GOLDFIELD N., NASH D. (a cura di)  
*Providing quality care*  
American College of Physician, Philadelphia 1989
- GINZBERG, ELI  
*Balancing Dollars and Quality*  
Ginzberg, Eli. The medical triangle: Physicians, politicians, and the public; Cambridge, Mass and London: Harvard University Press, 1990, p. 257-68

- BROYLES ROBERT  
*Efficiency, Costs, and Quality: The New Jersey Experience Revisited*  
Inquiry; 27(1), Spring 1990, p. 86-96
- SISK JANE, et al.  
*Assessing Information for Consumers on the Quality of Medical Care*  
Inquiry; 27(3), Fall 1990, p. 263-72
- SOLBERG LEIF, et al.  
*The Minnesota Project: A Focused Approach to Ambulatory Quality Assessment*  
Inquiry; 27(4), Winter 1990, p. 359-67
- SELDON JAMES, KHANDKER WAHHAB  
*Quality of Care and Cost-Shifting in the For-Profit Hospital*  
Atlantic Economic Journal; 18(3), September 1990, p. 89-95
- STEIBER S.R., WILLIAM J.  
*Measuring and managing patient satisfaction*  
AHA, 1990
- DONABEDIAN A.  
*La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*  
Nis, Roma 1990
- BERWICK D., GODFREY A., ROESSNER J.  
*Curing Health Care*  
Jossey-Bass, San Francisco 1990
- INSTITUTE OF MEDICINA  
*A strategy for quality assurance*  
National Academy Press, Washington 1990
- PALMER R., DONABEDIAN A., POVAR G.  
*Striving for quality in health care: in inquiry into policy and practice*  
Health Administration Press, Ann Arbor 1991
- FLEMING, STEVEN T.  
*The Relationship between Quality and Cost: Pure and Simple?*  
Inquiry; 28(1), Spring 1991, p. 29-38
- EPSTEIN ARNOLD, et al.  
*Trends in Length of Stay and Rates of Readmission in Massachusetts: Implications for Monitoring Quality of Care*  
Inquiry; 28(1) Spring 1991, p. 19-28
- WEISBROD BURTON  
*The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment*  
Journal of Economic Literature; 29(2), June 1991, p. 523-52
- MA CHING-ALBERT, BURGESS JAMES  
*Regulation, Quality Competition, and Price in the Hospital Industry*  
Boston University Industry Studies Program Discussion Paper 1991, Series: 14, p. 23
- LOMBARDO S. (a cura di)  
*Lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza*  
Franco Angeli, 1991
- SMILLIE J.  
*Can physician manage the quality and costs of health care? The story of the permanente medical group*  
McGraw Hill, 1991
- CARBOGNIN M. (a cura di)  
*Organizzazione e qualità nei servizi sociosanitari*  
Franco Angeli, Milano 1991
- RIZZO JOHN, ZECKAUSER RICHARD  
*Advertising and the Price, Quantity, and Quality of Primary Care Physician Services*  
Journal of Human Resources; 27(3), Summer 1992, p. 381-421
- MCNEIL BARBARA, PEDERSEN SARAH, GATSONIS CONSTANTINE  
*Current Issues in Profiling Quality of Care*  
Inquiry; 29(3), Fall 1992, p. 298-307
- WEISBROD BURTON  
*Productivity and Incentives in the Medical Care Sector*  
Scandinavian Journal of Economics; 94(0), Supplement 1992, p. S131-45
- GERTLER PAUL, WALDMAN DONALD  
*Quality Adjusted Cost Functions and Policy Evaluation in the Nursing Home Industry*  
Journal of Political Economy; 100(6), December 1992, p. 1232-56
- MEYER WATERS ADRIANA  
*Non-price and Price Competition in Health Care Markets: Are Consumers Sensitive to Quality and Price Differences?*  
Vanderbilt University, Ph. D. 1992
- ELEFANTI M.  
*La qualità totale nelle istituzioni sanitarie*  
SDA Università «L. Bocconi» Milano, 1992
- OVRETVEIT J.  
*Health service quality. An introduction to quality methods for health services*  
Blackwell Scien., Oxford 1992
- SLOAN M.D., CHMEL M.  
*La rivoluzione della qualità e il sistema sanitario. Il primo manuale per soddisfare il cliente*  
Editoriale Itaca, 1992

- MASSEI A.  
*Valutazione della qualità e sistema premiante*  
Tratto da: *Qualità Organizzazione Motivazione 4 Congresso Naz.*  
Caposala, Ed. Ministero sanità - Roma 1992
- BORGONOV E.  
*Qualità dell'azienda di servizi: organizzazione per progetti e motivazione del personale*  
Tratto da: *Qualità Organizzazione Motivazione 4 Congresso Naz.*  
Caposal., Roma, Ed. Ministero sanità 1992
- GARLATTI A.  
*Qualità e immagine nell'economia delle aziende sanitarie*  
Tratto da *Azienda Pubblica* 1992, 1: 35-68
- CELINO N.  
*Esperienze di qualità totale in sanità: il caso Cremona*  
Ed. iref., 1992
- MOROSINI P.L., PERRARO F., BARBONI E., DEL FABBRO L. (a cura di)  
*Introduzione alla valutazione delle qualità dell'assistenza ospedaliera: definizioni, metodi, pratica*  
Tratto da: *Quality Review* 1992
- EASTAUGH S.R.  
*Health Economics: efficiency, quality, and equity*  
Auburn House, Londra 1992
- LUDKE ROBERT, BOOTH BRENDA, LEWIS-BECK ARLINE  
*Relationship between Early Readmission and Hospital Quality of Care Indicators*  
*Inquiry*; 30(1), Spring 1993, p. 95-103
- IEZZONI LISA  
*Monitoring Quality of Care: What Do We Need to Know?*  
*Inquiry*; 30(2), Summer 1993, p. 112-14
- BRADFORD W.  
*National Health Care and Quality of Service: Lessons from Medicaid*  
*Contemporary Policy Issues*; 11(2), April 1993, p. 23-38
- BRUSONI M., FERRIERI G., GUASTAMACCHIA C., LEGHISSA G., SRTOHMENGER L., VOGEL G.  
*Qualità del servizio di odontoiatria. L'opinione del paziente*  
Tratto da: *Dental Cadmos* 1993, 20: 13-51
- MONTESINOS A.  
*Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri*  
Vita e Pensiero, 1993
- ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA  
*Qualità ed efficacia degli interventi sanitari*  
Atti della Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Bologna 18-29 maggio 1993
- GAUCHER E.J., COFFEY R.J.  
*Total Quality in Healthcare. From Theory to practice*  
Jossey-Bass, 1993
- RUTA C.  
*Sanità e management. Razionalizzazione strutturale e produttiva, controllo dei costi e del finanziamento, umanizzazione e qualità totale*  
Etas Libri, 1993
- PARSLEY K., CORRIGAN P.  
*Quality improvement in nursing and healthcare. A practical approach*  
Chapman & Hall, 1994
- MORGAN C., MURGATROYD S.  
*Total quality management in the public sector*  
Open University Press, 1994
- FELDBAUM E.G., HUGHESMAN M.  
*Healthcare systems. Cost containment versus quality*  
Financial Times, London 1994
- FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE  
*Decalogo degli interventi essenziali per aumentare efficienza e qualità del Servizio sanitario nazionale*  
Fism, 1994
- BONALDI A., FOCARILE F., TORREGGIANI A.  
*Curare la qualità. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria*  
Guerini e Associati, 1994

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di *Mecosan* sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi.

### *Uso delle maiuscole*

Scrivere sempre in carattere minuscolo le cariche, i titoli di studio e simili, i nomi di popoli, i nomi generici di enti, e organi istituzionali. Le sigle vanno scritte con la sola iniziale maiuscola (esempio: U.s.l., S.s.n. etc.).

Per la denominazione per esteso di società o enti, usare la maiuscola solo per il primo termine.

### *Tabelle, Figure e Formule matematiche*

Tabelle e formule matematiche devono essere dattiloscritte e prive di correzioni che ne rendano difficile la comprensione.

Le tabelle e i grafici devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprendere il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

Le tabelle e i grafici vanno consegnati anche in copia cartacea.

### *Le note*

Le note devono essere il più possibile ridotte, in numero ed estensione, ed elencate alla fine dell'articolo (non a piè di pagina).

### *Cartelle*

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

### **Bibliografia**

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità dell'esempio che segue:  
per i testi (Clerico, 1984) Clerico G. Economia della salute. Milano, Franco Angeli 1984  
per gli articoli (Volpatto, 1990) Volpatto O. La privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda Pubblica 1990; 2:243-252.

Per la sezione **SAGGI e RICERCHE** sono previsti articoli di lunghezza variabile tra le 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni. L'autore deve indicare almeno tre parole e non più di cinque parole chiave per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

Per la sezione **ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ, e IMPRESA** sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa). I riferimenti bibliografici se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

I testi devono pervenire su disco magnetico, preferibilmente composto in Macintosh o in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata una copia cartacea preceduta da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale), istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di fax dell'autore principale; titolo suggerito; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso **la redazione di Mecosan**, via Balilla, 16, 20136 Milano tel. 02/58363132-3131 fax 02/89404523. Tutti gli articoli pervenuti per la pubblicazione nella sezione «Saggi e Ricerche» saranno sottoposti al vaglio di almeno due referenti esterni accreditati. Per le altre sezioni il Direttore Scientifico può decidere di sottoporre i contributi semplicemente al vaglio della redazione.

Qualore risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

# Costo dell'abbonamento per l'anno 1995: L. 215.000

## MECOSAN

### CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato c/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (dueper cento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1995 è fissato in:

**L. 215.000 per l'abbonamento ordinario**  
**L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%  
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%  
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%  
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 60.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

### ANNATE ARRETRATE

**Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:**

**Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000**  
**Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000**  
**Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000**

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 510.000, anziché L. 600.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.**