

**Contratto
di fornitura
di prestazioni
e servizi
sanitari per il 1998
fra le aziende
sanitarie pubbliche
della provincia
di Modena**

SOMMARIO: 0. Premessa - 1. Considerazioni sulle attività 97 rispetto al contratto di fornitura - 2. Aspetti quantitativi - 3. Aspetti qualitativi - 4. Sistema aziendale per il miglioramento della qualità - 5. Progetti speciali - 6. Aspetti economici - 7. Il sistema dei controlli e delle verifiche.

0. Premessa

[Viene per brevità omessa una prima parte che rappresenta una «lettura ragionata» dei dati di ospedalizzazione e mobilità, con l'individuazione di alcune aree di particolare criticità]

Emerge quindi, anche dai dati sopra esposti, l'esigenza di orientare i contratti di fornitura affinché rappresentino uno strumento di regolazione, di controllo, ma soprattutto di supporto all'azione di governo del sistema dei servizi sanitari verso una produzione in grado di:

— promuovere un efficace e appropriato uso delle risorse;

— incentivare l'adozione di strumenti produttivi dell'assistenza coerenti con un corretto rapporto di costi ed efficacia;

— definire un assetto dell'offerta sanitaria che limiti l'utilizzo inappropriato della risorsa ospedaliera e ambulatoriale, articolando le risposte sanitarie secondo le tipologie dei bisogni assistenziali.

Pertanto, nell'ottica di ottimizzare i costi di produzione e di valorizzare le attività più rilevanti dei produttori sanitari, vengono individuate fasce differenziate di prestazioni per i singoli produttori in grado di classificare le attività in coerenza con gli obiettivi descritti. Di conseguenza vengono determinati, attraverso i contratti di fornitura, i volumi delle produzioni e i volumi budgetari, correlati agli elementi qualitativi di maggior rilievo.

1. Considerazioni sulle attività 97 rispetto al contratto di fornitura

Il contratto di fornitura 1997 tra le due aziende sanitarie pubbliche della provincia di Modena era già sostanzialmente allineato rispetto alle considerazioni generali poste a premessa del presente documento.

Per quanto riguarda gli aspetti quantitativi previsti all'interno del contratto 1997 si

riportano di seguito alcune prime considerazioni rispetto all'andamento complessivo. L'andamento delle attività 1997 rispetto a quanto previsto nel contratto è stato comunque oggetto di costante monitoraggio e controllo, anche se le valutazioni conclusive saranno possibili solo nei primi mesi del 1998, una volta che le rilevazioni delle attività saranno state completate.

1.1. Degenza

Durante il 1997 si è osservata una riduzione di circa il 4,25% dei ricoveri ordinari e del 21,77% dei cicli di *day hospital*.

[omesso per brevità]

1.2. Ambulatoriale

L'attività ambulatoriale registra un incremento di circa il 7,5% al netto delle attività di *pre* e *post* ricovero.

[omesso per brevità]

1.3. Valutazione economica del contratto 1997

In primo luogo, appare indispensabile sottolineare che il contratto di fornitura tra le due aziende sanitarie modenesi è sempre stato basato su una logica di stretta integrazione funzionale, nell'ambito di un sistema sanitario provinciale che punta ad un complessivo e coerente equilibrio tra costi e servizi, logica che prevede innanzitutto una valorizzazione globale dell'attività e del ruolo che l'azienda territoriale richiede al Policlinico.

Tale valorizzazione per il 1997 è stata quindi individuata avendo ovviamente come riferimento principale le tariffe regionali 1996 e tenendo conto, anche, di una compatibilità di bilancio complessiva per entrambe le aziende che va oltre la valoriz-

zazione puntuale di ogni singola voce all'interno del contratto di fornitura stesso. È stato anche su tali basi che in sede di predisposizione del contratto è stato deciso di introdurre uno «sconto» pari ad oltre 4 miliardi.

Occorre ribadire poi che durante tutto il 1997 sono state effettuate costanti valutazioni per monitorare costantemente il conseguimento da parte del Policlinico degli obiettivi quali-quantitativi previsti nel contratto consentendo di individuare in corso d'anno interventi correttivi; tali valutazioni consentono di evidenziare i risultati sintetici riportati nei paragrafi precedenti che, complessivamente, dimostrano un andamento dell'attività positivo e coerente rispetto agli impegni previsti nell'ambito del contratto stipulato.

La modifica in corso d'anno delle modalità di tariffazione della degenza (a se-

guito della delibera regionale n. 409 del 1997) ha imposto una ridefinizione della voce economicamente più consistente all'interno del contratto, provocando un decremento consistente per tale voce specifica.

Tale elemento, tenuto conto della logica che caratterizza la predisposizione del contratto di fornitura, ha suggerito una revisione complessiva dei corrispettivi previsti per le varie tipologie di attività svolta, sia pur sulla base dei dati parziali al momento disponibili, che consenta di adottare le tariffe regionali in una logica di compatibilità complessiva e di coerenza rispetto all'effettivo conseguimento degli impegni assunti. Ciò ha portato ad un adeguamento tariffario di diverse voci del contratto, secondo il prospetto di seguito riportato (valori in migliaia di lire):

	Valore stimato a gennaio 1998	Previsioni iniziali del contratto di fornitura 1997
Degenza	142,000,000	152,356,000
Ambulatoriale + dialisi (netto <i>ticket</i>)	33,000,000	31,422,987
Pronto soccorso	5,500,000	3,000,000
Sangue	3,500,000	3,500,000
Prestazioni per strutture USL	3,700,000	2,813,329
RMN + coronarografie	800,000	1,115,022
Sconto		- 4,207,338
Totale	188,500,000	190,000,000

La degenza è stata valorizzata secondo quanto previsto dalla delibera regionale 409/97, con una tariffa per punto DRG di riferimento pari a 4.800.000 (inferiore alla tariffa massima prevista in 5.200.000). L'attività ambulatoriale è stata valorizzata al netto del *ticket*, sulla base di quanto previsto dalla delibera 410/97, così come le prestazioni per strutture USL; RMN e coronarografie sono state valorizzate invece secondo quanto previsto dall'accordo specifico tra le due aziende.

Per quanto riguarda il pronto soccorso è stata decisa una valorizzazione che tenga conto dei fattori produttivi effettivamente

impiegati, dal momento che le tariffe previste risultano evidentemente sottodimensionate per tale tipologia di attività.

Il totale complessivo a cui risulta rideterminato il contratto di fornitura 1997 è pari quindi a 188.5 miliardi. Tale valorizzazione è basata sui dati attualmente a disposizione circa l'attività 1997 del Policlinico, che comunque sono da ritenersi sufficientemente attendibili. Eventuali scostamenti significativi rispetto ai riferimenti attuali saranno presi ovviamente in considerazione in sede di valutazione finale dell'andamento delle attività svolte nel corso del 1997.

2. Aspetti quantitativi

Si evidenziano di seguito sinteticamente le tipologie e quantità di prestazioni previste all'interno del presente contratto di fornitura di prestazioni relativo al 1998. Esistono ulteriori voci di interazione economico-finanziaria tra le due aziende che non vengono evidenziate in questa sede (ma sono oggetto di appositi accordi), in quanto non risultano essere corrispettivi a fronte di prestazioni ma bensì rimborsi per oneri che per vari motivi ricadono su un'azienda anziché sull'altra, oppure rappresentano corrispettivi a fronte di attività che non si configura come «mobilità sanitaria». L'individuazione di tale seconda fattispecie rappresenta un elemento di novità rispetto al contratto di fornitura 1997, che, pur complicando la confrontabilità dei contratti 1997 e 1998, viene comunque introdotto per assicurare una maggiore omogeneità rispetto alle altre realtà regionali e per favorire una più agevole estensibilità del contratto ad altri produttori.

2.1. Attività in regime di ricovero

Per il 1998 si prevede, rispetto al 1997, un sostanziale mantenimento delle attività prodotte che tenga conto anche del consolidamento sull'intero anno degli incrementi di attività, in particolare chirurgica, realizzati nel secondo semestre 1997 e previsti dal contratto di fornitura 1997.

Al fine di conseguire una progressiva riduzione della mobilità passiva, soprattutto extraregionale, per le specialità presenti presso il Policlinico, sono stati individuati alcuni settori di particolare interesse nei quali il Policlinico si impegna a potenziare per quanto possibile l'attività, sia pur senza una specifica quantificazione preventiva: ortopedia (DRG 209 - Interventi maggiori su articolazioni e arti), neurochirurgia (DRG 1 - Craniotomia), Ostetricia e ginecologia, radioterapia (recupero da avvio attività acceleratore lineare, in regime ambulatoriale). Per quanto riguarda la chirurgia toracica, branca per la quale si osserva una mobilità passiva significativa soprattutto per il DRG 75 - Interventi maggiori sul torace, verrà av-

viata una consulenza chirurgica presso l'ospedale di Carpi.

Si è tenuto poi conto dell'avvio dell'attività di trapianto di rene presso il Policlinico, prevedendo all'interno del contratto, orientativamente, una decina di casi per il 1998.

Per la valorizzazione complessiva dell'attività di ricovero si è fatto riferimento in generale a quanto previsto dalla delibera di giunta 409/97, prevedendo una tariffa di riferimento del punto DRG di 4.900.000. Si è tenuto conto del fatto che a partire dal 1° gennaio 1998 verrà compilata la scheda nosologica per il neonato sano assistito al nido: in carenza di specifiche indicazioni regionali si è adottata la tariffa 1997 abbattuta dell'80%.

Si è poi deciso di individuare alcune tipologie di DRG sulla base dei dati di letteratura e dell'esperienza di altre realtà regionali, per i quali si prevede una differenziazione tariffaria rispetto al riferimento regionale; ciò consente di avviare un processo di graduale adozione di una politica tariffaria nella provincia di Modena in grado di contribuire ad orientare la produzione secondo criteri di specializzazione e qualificazione. Tutto ciò in attesa che l'Assessorato regionale alla sanità, che ha in corso una azione di definizione di tariffe differenziate per determinati DRG, fornisca più precise indicazioni ufficiali di cui si terrà conto in sede di valutazione consuntiva degli effetti del presente contratto.

Di seguito si evidenziano le caratteristiche specifiche di ogni categoria, con le relative conseguenze in termini tariffari.

2.1.1. Tabella A

I DRG presenti all'interno di questa tabella identificano tipologie di attività per le quali viene prevista una modalità di erogazione in regime di *day hospital* o ordinario con durata di 1 giorno. Pertanto tali ricoveri vengono valorizzati all'80% rispetto alla tariffa di riferimento, indipendentemente da regime e durata della degenza reale, con esclusione dei casi medici di un giorno per i

quali si conferma, in via provvisoria, la tariffa forfettaria di 234.000 lire.

Di seguito si evidenziano alcune puntualizzazioni e/o eccezioni.

DRG 221 e 222 - Ginocchio

Data la importante mobilità passiva (circa 2 miliardi annui) si ritiene utile orientare la

produzione dell'Azienda ospedaliera verso interventi più complessi (legamenti crociati, ecc.).

Si prevede pertanto di non applicare l'abbattimento tariffario del 20% ai ricoveri ordinari di durata superiore a 1 giorno, durante i quali vengano eseguiti 1 o più dei seguenti interventi chirurgici.

Codice ICD9-CM	Descrizione
77.96	Patellectomia totale
79.86	Riduzione aperta di dislocazione del ginocchio
81.42	Riparazione del ginocchio <i>five-in-one</i>
81.43	Riparazione della triade del ginocchio
81.44	Stabilizzazione patellare
81.45	Riparazione legamenti crociati
81.46	Riparazione legamenti collaterali

DRG 42 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina e cristallino

Questo DRG contiene i trapianti di cornea e gli interventi per traumi oculari. Per tali fattispecie, già di per sé poco remunerate, non è ipotizzabile una dimissione in giornata. Non verrà pertanto applicato l'abbattimento tariffario del 20% ai trapianti di cornea e ai ricoveri urgenti di più giorni, durante i quali vengano trattati chirurgicamente pazienti traumatologici.

2.1.2. Tabella B

I DRG presenti all'interno di questa tabella identificano tipologie di attività per le quali è possibile un aumento del volume di produzione non correlato a fattori epidemiologici (quindi potenzialmente consumistiche) e per le quali la tariffa appare sostanzialmente remunerativa. Si è pertanto ritenuto opportuno remunerare tale attività con una tariffa pari al 50% rispetto a quella di riferimento (indipendentemente da regime e durata di degenza).

2.1.3. Tabella C

I DRG presenti all'interno di questa tabella, per i quali è prevista una tariffa di riferimento pari a 5.200.000 per punto DRG, identificano tipologie di attività per le quali:

- la tariffa si presenta evidentemente sottostimata rispetto ai costi effettivi;
- la provincia di Modena presenta una significativa mobilità passiva;
- la particolare complessità suggerisce l'adozione di una politica tariffaria in grado di contribuire ad orientare la produzione secondo criteri di specializzazione e qualificazione.

Di seguito si evidenziano alcune puntualizzazioni e/o eccezioni.

DRG 226 e 227 - Interventi sui tessuti molli con e senza cc

Tali DRG presentano una forte disomogeneità interna e si ritiene perciò opportuno di non prevedere incremento della tariffa di riferimento rispetto a quella *standard* per i casi che presentino le diagnosi principali di seguito elencate.

Codice ICDIX	Descrizione
727.3	Altre borsiti
727.4	Cisti della sinovia, dei tendini e delle borse
727.5	Rottura della sinovia
726.3	Entesopatia della regione del gomito

2.2. Specialistica ambulatoriale

L'azione dell'Azienda USL di Modena sul versante delle prestazioni ambulatoriali è fortemente orientata a comprendere le dinamiche di formazione della domanda, che determinano in molti casi liste di attesa rilevanti e forte disagio ai cittadini.

Nel corso del 1998, sulla base delle indicazioni fornite dai distretti dell'Azienda USL relativamente ai bisogni specialistici, della domanda espressa di prestazioni e del loro confronto, ove possibile, con gli *standard* di consumo ritenuti appropriati dalle società scientifiche e dagli enti internazionali di *Technology Assessment*, si ritiene di dover porre particolare attenzione ad alcune tipologie di attività specialistica ambulatoriale su tutto il territorio provinciale. Si tratta in sostanza di potenziare l'offerta in alcuni settori specialistici per monitorarne gli effetti sulla domanda ed, in ultima analisi, sulle liste d'attesa.

Parallelamente a questa iniziativa, sono messe in campo forti azioni di integrazione con i medici di famiglia, orientate a rendere sempre più appropriato il ricorso alle prestazioni diagnostiche ambulatoriali di rilevante complessità.

Le attività specialistiche individuate per il 1998, su cui l'Azienda USL intende orientare in linea di massima il potenziamento descritto, sono le seguenti:

- ecografie;
- mammografie;
- diagnostica radiologica tradizionale (urografia, clisma opaco);
- endoscopie digestive;
- diagnostica angiologica-ecodoppler;
- specialistica oculistica e ortopedica;
- medicina nucleare;
- radioterapia.

L'Azienda USL di Modena individuerà i produttori attraverso i quali potenziare l'offerta prestazionale secondo criteri che privilegiano le funzioni storicamente sviluppate, il corretto rapporto costi-efficacia e la diversificazione dell'offerta.

In particolare, l'Azienda Policlinico si impegna a mantenere la propria produzione consolidata di attività ambulatoriale, modi-

ficando la propria attività specialistica secondo quanto specificato nel prospetto 1.

Si prevede inoltre l'avvio di ulteriori attività specialistiche particolarmente qualificanti, sulla base di specifici protocolli e/o progetti. In particolare:

— densitometria ossea: si prevede nel 1998 l'erogazione di prestazioni secondo protocolli di accesso concordati con quanto previsto dalle linee guida sviluppate dalla Agenzia sanitaria regionale e condivisi dalle due aziende;

— *tri-test*: l'avvio della attività sarà basato su un progetto congiunto già predisposto con recepimento delle linee guida in corso di elaborazione da parte della Agenzia sanitaria regionale;

— biologia molecolare: per il 1998 si prevede di strutturare i percorsi erogativi già esistenti, ma non adeguatamente formalizzati; verranno concordate fra le due aziende le tipologie, quantità e i protocolli di accesso secondo criteri di appropriatezza e qualificazione;

— genetica molecolare: è stata proposta la partecipazione della Azienda USL a tre progetti di ricerca applicata nel campo delle malattie geneticamente trasmesse (cancro mammario, rene policistico, dislipidemie).

2.3. Prestazioni di Pronto soccorso non seguite da ricovero

Tenendo conto della sproporzione fra tariffe ambulatoriali e impegno di risorse per erogare in urgenza e del fatto che l'assetto delle guardie interne del Policlinico è legato alla necessità di garantire per alcune branche la gestione delle urgenze per tutto il territorio provinciale, si prevede una modalità di finanziamento per fattore produttivo, al netto delle risorse assorbite per la attività di Pronto soccorso seguita da ricovero (chirurgico o medico di più giorni). La valorizzazione dell'attività complessiva di Pronto soccorso non seguita da ricovero è stata basata quindi sulla stima dei costi sostenuti nel 1997, a cui è stata aggiunta una parte dei costi del servizio di Anestesia e rianimazione, ottenuta abbattendo dei relativi ricavi a tariffa DRG i costi legati all'attività a favore di pazienti che accedono dal Pronto soccorso.

Prospetto 1

Tipologia	Incremento	Note
Medicina nucleare	1150 prestazioni/anno (di cui almeno 80 scintigrafie miocardiche da sforzo)	Incremento legato all'attivazione della seconda gamma camera
Acceleratore lineare	10.000 sedute/anno	Non ancora quantificabile la parallela riduzione di attività di cobaltoterapia tradizionale. Ciò consentirà una graduale riduzione della mobilità passiva ambulatoriale e in regime di ricovero attualmente presente
Vestibologia	800 visite e valutazioni strumentali/anno 150 cicli /anno di riabilitazione	Attualmente si registrano tempi di attesa superiori a 1 anno
Risonanza magnetica nucleare		Consolidamento sull'anno della maggiore attività erogata negli ultimi 9 mesi del 97 a seguito dell'attivazione della seconda apparecchiatura. Previsto un totale di 1500 RMN effettuate dai servizi di radiologia ed un incremento del 10% di quelle effettuate dal servizio di neuroradiologia
Anatomia patologica	450 prestazioni/anno di citologia urinaria (10 prest./sett.)	Verranno valutati eventuali ulteriori incrementi di attività legati all'allargamento del programma di <i>screening</i> del carcinoma mammario
Laboratorio analisi	255.000/anno	Si prevede un tendenziale azzeramento dei tempi di attesa. Il valore riportato rappresenta il limite massimo di produzione
Cardiologia	1300 visite + ECG/anno 720 ECG / anno	Sono possibili eventuali ulteriori incrementi legati all'aumento di domanda indotte dall'aumento di altre prestazioni (ecografie e colonscopie)
Diagnostica angiografica-ecodoppler (20 prest./sett.)	900 prestazioni/anno	Con particolare riferimento alle patologie arteriose
Endoscopiadiigestiva	200 colonscopie/anno	
Oculistica	1000 prime visite/anno 50 ecogr. oculari/anno 50 fotocoag. laser/anno	Incremento di attività finalizzato anche a supplire alla cessazione del rapporto con un professionista convenzionato presso il distretto di Modena
Oculistica	300 campi visivi computerizzati/anno	Attualmente si registrano tempi di attesa di 8 mesi
Auxologia	90 visite/anno	
Elettromiografie	100 prestazioni/anno (2 prest./sett.)	
Foniatria	40 prestazioni/anno	
Diagnostica radiologica tradizionale-urografie	50 prestazioni/anno (1 prest./sett.)	
Diagnostica radiologica tradizionale-clisma opaco	120 prestazioni/anno (2.5 prest./sett.)	
Endocrinologia	550 prestazioni (12 prime visite/sett.)	Tale incremento è stato attivato dal mese di novembre 1997. Si prevede inoltre una riorganizzazione delle attività a partire dal mese di febbraio 1998 con unificazione dell'ambulatorio divisionale che dovrebbe contribuire a ridurre le liste di attesa

3. Aspetti qualitativi

Le azioni tese ad incidere sugli aspetti qualitativi dell'attività sanitaria, dovendo incidere anche su aspetti e pratiche consolidate all'interno dell'organizzazione, non possono non avere una prospettiva pluriennale per essere credibili. Pertanto gli aspetti qualitativi del contratto di fornitura 1998 fanno riferimento in linea di massima a quanto già previsto per il 1997 che costituiva la formalizzazione di attività già avviate da tempo. Azioni analoghe verranno condotte contestualmente in tutte le strutture erogatrici delle provincia, includendo in primo luogo le strutture dell'USL e anche le strutture private.

3.1. *Uso appropriato delle forme di assistenza praticate in ospedale*

3.1.1. Attività di ricovero

[omesso per brevità]

3.1.2. Specialistica ambulatoriale

[omesso per brevità]

3.1.3. Attività di riabilitazione

[omesso per brevità]

3.2. *Assistenza domiciliare*

[omesso per brevità]

4. Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

Anche per il 1998, in continuità con il lavoro già svolto negli anni scorsi, proseguirà l'implementazione di un sistema aziendale di qualità presso il Policlinico. Il programma per il 1998 si articola principalmente nelle iniziative di seguito esposte in sintesi, anche se sono inoltre previsti ulteriori progetti specifici (che riguardano ad esempio la documentazione sanitaria, i trasporti, i percorsi chirurgici, la modulistica e la segnaletica, ecc.).

4.1. *Consolidamento iniziative attivate nel 1997*

4.1.1. *Revisione dei processi dell'area amministrativa:*

[omesso per brevità]

4.1.2. *Catalogo aziendale*

[omesso per brevità]

4.2. *Obiettivo accreditamento*

[omesso per brevità]

4.3. *Obiettivo certificazione*

4.3.1. *Progetto laboratori*

[omesso per brevità]

4.3.2. *Progetto divisioni mediche*

[omesso per brevità]

4.4. *Carta delle Garanzie*

È prevista la revisione della struttura e dei contenuti, in termini di standard e di documenti messi a disposizione dell'utente, della Carta delle garanzie aziendale, con il fine di fornire all'utente stesso elementi per una scelta sempre più consapevole. In particolare, si prevede una seconda edizione della Carta delle garanzie per il settembre 1998.

Nel corso del 1997 è stata condotta, nell'ambito delle visite ispettive alle Unità operative una verifica sistematica della attuazione della Carta dei servizi attraverso i seguenti indicatori: tempi di attesa per accesso alle prestazioni ambulatoriali, modalità di compilazione referti ambulatoriali, tempi di consegna all'ufficio copie delle cartelle cliniche, modalità di compilazione delle cartelle cliniche, tempi di erogazione delle prestazioni di consulenza, modalità di compilazione delle richieste ai servizi diagnostici. I risultati relativi all'ultimo ciclo di verifiche, disponibili solo per circa il 30% delle Unità operative, mostrano un livello di conformità

molto buono (conformità > del 90% in più del 90% delle Unità operative) per alcuni aspetti, quale il tempo di attesa dei pazienti davanti agli ambulatori divisionali, indice di buona organizzazione del lavoro ambulatoriale, mentre per altri, quali ad esempio i tempi di consegna delle cartelle cliniche all'ufficio copie, il livello di conformità (> 90% solo nel 75% delle Unità operative) presenta margini di miglioramento.

5. Progetti speciali

5.1. Assistenza odontoiatrica

5.1.1. Cure odontoiatriche a favore di pazienti portatori di *handicap*

[omesso per brevità]

5.1.2. Progetto protesi sociale

[omesso per brevità]

5.2. Attività di chirurgia della mano

[omesso per brevità]

5.3. Attività di radiochirurgia con acceleratore lineare

[omesso per brevità]

6. Aspetti economici

Le attività previste nel presente contratto prevedono un corrispettivo pari a 192 miliardi, suddivisi secondo il seguente prospetto:

Voce	Valore
Degenza	152.000.000.000
Attività ambulatoriale	26.000.000.000
Compartecipazione alla spesa (<i>ticket</i>).....	- 7.000.000.000
Attività dialitica	12.000.000.000
Pronto soccorso.....	7.500.000.000
Progetti speciali	1.500.000.000
Totale	192.000.000.000

Le attività previste rientrano tutte all'interno della categoria «mobilità», secondo

quanto definito nella circolare regionale n. 9 del 1997, e quindi verranno gestite, nell'ambito del presente contratto di fornitura, secondo le modalità previste nella circolare stessa (o, più in generale, dalle disposizioni regionali in materia) per gli aspetti legati alla relativa compensazione economico-finanziaria.

L'attività di degenza è stata valorizzata, come già indicato precedentemente, secondo quanto previsto dalla delibera regionale 409/97, con una tariffa di riferimento per punto DRG pari a 4.900.000, individuando poi alcune tipologie di DRG per i quali si prevede una tariffa differenziata a seconda degli obiettivi e delle priorità dell'Azienda USL.

Dopo gli accordi fra le due aziende sul contratto di fornitura sono state comunicate alcune prime indicazioni relative alle tariffe massime applicabili nel 1998 per l'attività di degenza da parte dell'Assessorato regionale alla sanità tecnici regionali. Nel caso in cui tali tariffe fossero confermate, pur essendo superiori a quelle prese come riferimento nelle pagine precedenti, si ritiene di mantenere comunque validi tariffe e volumi economici complessivi del presente accordo (fermo restando l'adeguamento nel caso in cui si riscontrassero riduzioni della tariffa massima applicabile). Appare evidente che nel caso in cui venissero fissate a livello regionale tariffe più elevate rispetto a quelle utilizzate, lo «sconto» associato al presente contratto di fornitura risulterebbe proporzionalmente incrementato. In effetti, dall'applicazione di quanto previsto dalle prime indicazioni ricevute (che consentono di ipotizzare una valorizzazione del punto medio DRG a 4.900.000 e di individuare tariffe specifiche per alcuni DRG particolarmente complessi), la valorizzazione dei volumi di attività di degenza previsti nel presente contratto risulta pari a 162 miliardi circa, superiore di 10 miliardi circa rispetto al contratto di fornitura.

L'attività di specialistica ambulatoriale è stata valorizzata secondo quanto previsto dalla delibera regionale 410/97.

Il Pronto soccorso è stato finanziato a fattore produttivo, considerata l'evidente inadeguatezza delle tariffe previste per questa tipologia di attività.

Sono stati infine individuati alcuni progetti speciali: chirurgia della mano (650 milioni), odontoiatria (2 progetti per 500 milioni) e radiochirurgia stereotassica (350 milioni).

Al fine di assicurare un costante monitoraggio dell'andamento dei vari settori di attività, oltre a quanto previsto per quanto riguarda il sistema dei controlli e delle verifiche, l'Azienda USL e l'Azienda ospedaliera individueranno dei referenti specifici per assicurare una tempestiva valutazione congiunta, secondo protocolli e modalità da concordare preventivamente.

In effetti, l'andamento della mobilità attiva e passiva (infra ed interregionale) delle due aziende, condizionato dal punto di vista economico anche dagli effetti di eventuali variazioni tariffarie disposte dalla Regione, rappresenta un aspetto particolarmente critico in questo senso. Esso costituirà uno dei punti di riferimento fondamentale nell'analisi dell'andamento del presente contratto, al pari degli aspetti quali-quantitativi dell'attività prodotta dal Policlinico per cittadini modenesi.

7. Il sistema dei controlli e delle verifiche

Il sistema dei controlli ha struttura unitaria ed è rivolto a tutti i produttori, pubblici e privati accreditati. Esso comprende una parte legata agli aspetti qualitativi che viene trattata in modo specifico all'interno di ciascun contratto di fornitura. Viene inoltre prevista una serie di controlli, come specificamente contemplati all'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive integrazioni e modificazioni. I rapporti di accreditamento con le strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie si basano sull'accettazione da parte di queste ultime di tre requisiti fondamentali:

1) accettare il sistema di pagamento a prestazione, incluso il relativo sistema dei controlli esterni;

2) istituire un programma interno di verifica e promozione della qualità dell'assistenza;

3) accettare il sistema dei controlli sia per quanto riguarda la verifica periodica delle caratteristiche strutturali, tecniche ed organizzative sia per quanto riguarda l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

La finalità dei controlli sanitari ed amministrativi è quella di assicurare il massimo livello di qualità della prestazione erogata dalle strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale. In tal modo si intende assicurare il corretto utilizzo delle risorse a disposizione del sistema sanitario, anche attraverso verifiche periodiche finalizzate alla prevenzione ed eliminazione di fenomeni distorsivi (quali prestazioni inappropriate, degenze protratte, errori di codifica della Scheda di dimissione ospedaliera e della relativa valorizzazione), che si possono riflettere in un incongruo ed ingiustificato aumento degli oneri economici a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'Azienda Unità sanitaria locale si impegna pertanto ad effettuare i suddetti controlli nel rispetto di specifici protocolli concordati, ovvero con un costante ed esplicito riferimento a normative di legge, assicurando criteri uniformi ed omogenei tra le strutture sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate.

I produttori di prestazioni si impegnano, all'atto della sottoscrizione dei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie, alla massima collaborazione con l'Azienda USL nell'attività di verifica e di controllo, nella consapevolezza che tale disponibilità è requisito fondamentale ai fini dell'accreditamento.

Le modalità procedurali dei controlli (tempo di effettuazione degli stessi, durata e frequenza, tipologia delle verifiche effettuate che possono anche riguardare la correttezza delle procedure tecniche ed organizzative) sono comunicate alle strutture erogatrici, nel loro programma complessivo, di norma all'inizio dell'anno di riferimento, sulla

base di criteri concordati e in conformità con quanto previsto a livello regionale, ferma restando la possibilità di verifiche immediate nel caso di documentate esigenze aventi carattere di urgenza.

Le strutture erogatrici si impegnano a mettere a disposizione ed a fornire, su richiesta e secondo le modalità di volta in volta indicate dai funzionari dell'Azienda USL, la documentazione amministrativa e sanitaria necessaria ai controlli (fotocopia di cartelle cliniche, relazione dei sanitari curanti in merito al trattamento dei singoli casi, estratto dei registri operatori ecc.) sostenendo in proprio i rispettivi oneri in termini di utilizzo di risorse umane e materiali.

L'Azienda USL e l'Azienda ospedaliera si impegnano a studiare ed analizzare in modo congiunto la normativa legata al tema mobilità per assicurare una sua omogenea e concordata applicazione e per sfruttare pie-

namente le specifiche competenze presenti in entrambe le aziende. In generale, l'Azienda USL si rende disponibile verso tutti i propri fornitori a svolgere un'attività di «consulenza» sanitaria e amministrativa in termini di corretta interpretazione di quanto previsto dalla circolare n. 8/97, dalla circolare n. 9/97, dalle norme sull'Accreditamento, e dalla normativa vigente in materia (corretta codifica delle SDO, valorizzazione corretta delle prestazioni per DRGs e tariffa diaria, correttezza della documentazione sanitaria sotto il profilo giuridico e medico-legale).

Nello spirito di collaborazione reciproca, l'Azienda USL si impegna, ove possibile, a concordare i tempi delle verifiche presso tutti i fornitori di prestazioni sanitarie della provincia con i funzionari di altre Aziende Unità sanitarie locali eventualmente interessate ad effettuare controlli specifici, al fine di evitare controlli ripetuti.

Prospetto 2 - Elenco DRG per categoria

Tabella	DRG
A	006 - Decompressione del <i>tunnel</i> carpale - 0,5437
A	040 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 - 0,515
A	041 - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 - 0,3713
A	042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino - 0,5968
A	053 - Interventi su seni e mastoide, età > 17 - 0,7237
A	055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola - 0,5469
A	061 - Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 - 0,8613
A	134 - Ipertensione - 0,5655
A	158 - Interventi su ano e stoma, senza cc - 0,4975
A	160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 senza cc - 0,6168
A	161 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con cc - 0,782
A	162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc - 0,4651
A	163 - Interventi per ernia, età < 18 - 0,4843
A	183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc - 0,5296
A	187 - Estrazioni e riparazioni dentali - 0,565
A	221 - Interventi sul ginocchio con cc - 1,7828
A	222 - Interventi sul ginocchio senza cc - 0,9544
A	225 - Interventi sul piede - 0,8212
A	228 - Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc - 0,7961
A	229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc - 0,5539
A	261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale - 0,7183
A	262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne - 0,5345
A	266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc - 0,6978
A	267 - Interventi perianali e pilonidali - 0,6245
A	268 - Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella - 0,7519
A	270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc - 0,6343
A	276 - Patologie non maligne della mammella - 0,6085
A	281 - Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, età > 17 senza cc - 0,427
A	282 - Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 - 0,3476
A	284 - Malattie minori della pelle senza cc - 0,445
A	294 - Diabete età > 35 - 0,7491
A	295 - Diabete età < 36 - 0,7721
A	301 - Malattie endocrine, senza cc - 0,5811
A	310 - Interventi per via transuretrale, con cc - 0,888
A	311 - Interventi per via transuretrale, senza cc - 0,5153
A	320 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 con cc - 0,9807
A	321 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 senza cc - 0,6252
A	322 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 - 0,6389
A	326 - Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 senza cc - 0,4152
A	328 - Stenosi uretrale, età > 17 con cc - 0,6363
A	329 - Stenosi uretrale, età > 17 senza cc - 0,4113
A	332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 senza cc - 0,5347
A	336 - Prostatectomia transuretrale, con cc - 0,8704
A	337 - Prostatectomia transuretrale senza cc - 0,6066
A	339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 - 0,7572
A	340 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 - 0,4401
A	342 - Circoncisione età > 17 - 0,5766
A	343 - Circoncisione età < 18 - 0,3845
A	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc - 0,7723
A	361 - Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube - 0,9767
A	362 - Occlusione endoscopica delle tube - 0,5057
A	364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne - 0,5659
B	039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia - 0,4858
B	119 - Legatura e stripping di vene - 0,965
B	232 - Artroscopia - 1,1792
C	001 - Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo - 3,2324

(segue) Prospetto 2 - Elenco DRG per categoria

Tabella	DRG
C	002 - Craniotomia età > 17 per traumatismo - 3,1311
C	003 - Craniotomia età < 18 - 2,9627
C	103 - Trapianto cardiaco - 12,5568
C	104 - Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco - 7,7521
C	105 - Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco - 5,8291
C	106 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco - 5,6583
C	107 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco - 4,2348
C	108 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare - 5,8725
C	110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc - 4,0823
C	111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc - 2,2979
C	112 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea - 1,9874
C	115 - Impianto pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock - 3,6092
C	116 - Altri interventi per impianto di pacemaker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi - 2,4604
C	118 - Sostituzione di pacemaker cardiaco - 1,5858
C	124 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata - 1,2029
C	125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata - 0,7587
C	209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori - 2,3686
C	214 - Interventi su dorso e collo, con cc - 1,8686
C	215 - Interventi su dorso e collo, senza cc - 1,0905
C	218 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 con cc - 1,4186
C	219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 senza cc - 0,8956
C	220 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 - 0,9382
C	223 - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc - 0,8087
C	224 - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc - 0,6538
C	226 - Interventi sui tessuti molli con cc - 1,3241
C	227 - Interventi sui tessuti molli senza cc - 0,6767
C	398 - Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario con cc - 1,2091
C	399 - Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc - 0,6735
C	400 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori - 2,5572
C	401 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con cc - 2,3497
C	402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc - 0,8536
C	403 - Linfoma e leucemia non acuta con cc - 1,6827
C	404 - Linfoma e leucemia non acuta senza cc - 0,7428
C	405 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 - 1,0565
C	406 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con cc - 2,7669
C	407 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza cc - 1,1999
C	408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi - 1,3279
C	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - 0,6095
C	473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 - 3,4402
C	478 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con cc - 2,1645
C	479 - Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc - 1,2718
C	480 - Trapianto di fegato - 20,1614
C	489 - H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate - 1,9151
C	490 - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate - 1,1285
C	492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - 2,7815

MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

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

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

UN SISTEMA QUALITÀ AL «CUORE» DELL'OSPEDALE NIGUARDA DI MILANO

di Alberto Baj¹, Gianpaolo Califano¹, Maria Frigerio²

¹ Effeerre Sistemi Qualità srl - Milano

² Prima Divisione Cardiologia - Dipartimento «A. de Gasperis», Ospedale Niguarda di Milano

SOMMARIO: 1. Il programma insufficienza cardiaca e trapianto cardiaco dell'ospedale Niguarda - 2. Il sistema qualità - 3. Le criticità incontrate e le soluzioni adottate - 4. Le strutture sanitarie certificate in Italia - 5. Risultati e benefici del progetto qualità - 6. Conclusioni.

Il programma terapeutico per la cura dell'insufficienza cardiaca e per il trapianto cardiaco dell'ospedale Niguarda di Milano, ha avviato nel corso del 1996 un progetto con l'obiettivo di realizzare un sistema qualità sul modello delle norme tecniche internazionali ISO 9000 e di sottoporlo a certificazione. Il sistema qualità è stato realizzato sulla base della UNI EN ISO 9002 ed è stato verificato dall'organismo di certificazione BVQI Italia nel luglio 1997, ottenendo il rilascio dell'attestato di certificazione nel mese di settembre.

1. Il programma insufficienza cardiaca e trapianto cardiaco dell'ospedale Niguarda

L'attività di trapianto cardiaco ha avuto inizio nel 1985 con l'autorizzazione ministeriale all'*équipe* cardiocirurgica diretta dal prof. A. Pellegrini e all'*équipe* anestesilogica diretta dal dr. Cattani, oggi dal dr. M. Merli, all'esecuzione di interventi di prelievo e di trapianto di cuore a scopo terapeutico.

Fu presto chiaro che il successo delle attività dipendeva da un lavoro interdisciplinare in cui cardiocirurghi e anestesisti fossero affiancati da un

gruppo di cardiologi specificatamente dedicato alle attività di selezione dei candidati al trapianto e alle attività di *follow-up post* trapianto, ossia all'insieme delle attività cliniche di monitoraggio nel tempo dell'evoluzione del quadro clinico del paziente.

Dato che l'insufficienza cardiaca rappresenta, nelle sue forme più gravi, la principale indicazione al trapianto, l'attività del programma insufficienza cardiaca e trapianto cardiaco (PTC) si è naturalmente estesa allo studio e alla cura dei pazienti con questa patologia, per i quali, nel corso degli anni, si sono aperte nuove e molteplici possibilità di cure mediche e chirurgiche. Il PTC, che opera all'interno del centro cardiologico e cardiocirurgico «Angelo de Gasperis» dell'ospedale Niguarda, si è quindi formato e consolidato come programma interdisciplinare che integra le competenze cardiologiche, cardiocirurgiche, anestesilogiche e rianimatorie per la cura di tale tipologia di pazienti.

Al PTC sono oggi dedicate circa il 5% delle attività cardiocirurgiche e di cura intensiva, un reparto di cardiologia con 19 posti letto e un ambulatorio di cardiologia con uno *staff* cardiologico composto da circa 30 persone, di cui 6 medici; i cardiocirurghi auto-

rizzati al prelievo ed al trapianto sono 10.

Il volume di attività prevede la valutazione di circa 150 nuovi pazienti ogni anno, circa 50 interventi di trapianto e circa 10 «installazioni» di impianti meccanici di assistenza al circolo (il così detto «cuore artificiale»).

Il numero di ricoveri annui nel reparto dedicato al PTC è attorno ai 700, con una degenza media di 10 giorni; il numero di visite ambulatoriali è di circa 2800 ogni anno.

Nell'arco delle sue attività il PTC ha effettuato 450 trapianti di cuore con una percentuale di successo precoce (a tre mesi) di oltre il 90% e una percentuale di successo a 5 anni dell'80%. Attualmente il PTC ha in cura circa 350 pazienti in *follow-up post* trapianto e circa altri 700 in *follow-up* per insufficienza cardiaca.

Gli autori ringraziano vivamente la direzione del PTC per l'autorizzazione alla pubblicazione del presente articolo; ringraziano inoltre l'ing. Gattafoni — titolare della società «Effeerre Sistemi Qualità» di Milano e direttore del progetto — per la preziosa supervisione effettuata sui contenuti dell'articolo oltre che sulle attività del progetto.

2. Il sistema qualità

2.1. Breve storia del «progetto qualità»

La proposta di applicare all'organizzazione del PTC le logiche della qualità e, in particolare, di porsi come obiettivo la certificazione in accordo alla normativa ISO 9000, è stata formulata dal dr. E. Gronda, cardiologo responsabile per il PTC.

Il direttore del PTC, prof. A. Pellegrini, ha sostenuto con entusiasmo l'iniziativa che ha trovato la motivazione e il consenso dell'intero *staff* medico e infermieristico coinvolto. Il personale del PTC, infatti, era ben conscio dell'opportunità e della necessità di valorizzare le esperienze acquisite e di definire strumenti organizzativi in grado di garantire una sempre maggiore fluidità e confidenza nello svolgimento delle attività terapeutiche e di studio.

La direzione del dipartimento cardiologico (cui fa riferimento l'*équipe* cardiologica del PTC) e la stessa direzione sanitaria dell'ospedale hanno pure accolto favorevolmente il progetto qualità del PTC, interpretandolo come esperienza-pilota all'interno dell'ospedale.

L'approccio alla qualità è stato riconosciuto da tutti come uno strumento per raggiungere un duplice obiettivo:

1) rafforzare la visibilità e l'autorevolezza del centro verso l'esterno (Servizio sanitario nazionale, altre strutture sanitarie pubbliche e private, medici curanti, università, società scientifiche, aziende farmaceutiche e di impianti biomedicali);

2) migliorare l'efficacia e l'efficienza interna attraverso la razionalizzazione dell'impiego delle risorse, al fine di garantire al paziente-cliente un servizio di elevata qualità, intesa sia in senso tecnico che relazionale.

Questi due obiettivi, che apparentemente sono, rispettivamente, «di im-

agine» e «di sostanza», sono entrambi importanti in un periodo di profondi cambiamenti in atto nell'organizzazione della sanità pubblica e nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie. Infatti, la forza contrattuale e l'impatto sul così detto «mercato della sanità» di una struttura, saranno sempre di più determinati dalla sua capacità di attirare pazienti e finanziamenti.

La qualità delle prestazioni offerte, la trasparenza nella gestione delle risorse, l'equità e la disponibilità nelle relazioni con il pubblico, la presenza attiva nei maggiori convegni internazionali, sono tutti elementi in grado di condizionare il flusso delle risorse verso una struttura dedicata ad un programma di cure avanzate, che può e deve reinvestire per il continuo miglioramento dei risultati delle cure.

Con questi obiettivi, il progetto qualità del PTC, ha avuto il suo avvio ufficiale nel mese di luglio del 1996. A distanza di un anno, nel luglio 1997, è stata realizzata la verifica ispettiva da parte del BVQI Italia, organismo di certificazione internazionale pluriaccreditato con una vasta esperienza nel settore sanitario. A seguito del positivo esito della verifica il PTC ha ottenuto nel mese di settembre il rilascio dell'attestato di certificazione secondo la norma UNI EN ISO 9002.

2.2. Il modello di riferimento: ISO 9002

La bibliografia sull'applicazione dei principi della qualità nel mondo della sanità descrive progetti che fanno in particolare riferimento ad approcci di *Total Quality Management*, a programmi di verifica e revisione della qualità oppure di «accreditamento professionale per l'eccellenza». Solo in rari casi si trovano esperienze di applicazione del modello ISO 9000 e di certificazione di strutture sanitarie (vedi tabella 4).

Ciò nonostante, il lavoro di analisi e progettazione con i consulenti ha consolidato la convinzione dei medici del PTC che l'attenta e rispettosa applicazione dei requisiti delle ISO 9000 potesse essere un efficace ed efficiente sistema di introduzione delle logiche della qualità anche in un'organizzazione molto particolare come quella del PTC.

Le norme ISO 9000, infatti, sono norme tecniche volontarie che descrivono un modello organizzativo di garanzia della qualità chiamato sistema qualità. Tale sistema è idoneo ad assicurare ai clienti di una qualsiasi azienda la capacità sistematica di soddisfare i requisiti di qualità relativi alla fornitura di prodotti o di servizi, che vengono dichiarati nel contratto (che per una struttura sanitaria è costituito dalla Carta dei servizi). L'attività di certificazione consiste nel riconoscimento formale di questa «capacità» dell'organizzazione, rilasciato da un organismo di «terza parte» (indipendente dal fornitore e dal cliente), a seguito della verifica di conformità dell'organizzazione a una delle norme ISO di tipo «contrattuale»: la ISO 9001, 9002 o 9003. Le norme internazionali della serie ISO 9000, nate nel 1987 per rendere univoche le varie normative nazionali sui modelli organizzativi per la garanzia della qualità, sono oggi riconosciute in oltre 100 Stati (U.S.A. e Giappone compresi).

Nel settore sanitario, in particolare, il sistema qualità conforme alle ISO 9000 può funzionare come sistema di gestione globale delle attività operative realizzate in accordo alle «Good Clinical Practise», integrando al suo interno, se esistono, programmi di VRQ o di «accreditamento professionale». Il campo di applicazione delle ISO 9000 è, infatti, più vasto di quello tipico dei programmi citati, comprendendo aspetti organizzativi o di supporto alle attività operative come la

definizione dei rapporti tra le funzioni, la qualifica e la selezione dei fornitori, il controllo degli acquisti, la gestione della documentazione, la taratura e manutenzione delle apparecchiature, la formazione del personale, ecc.

Nella parte iniziale del progetto quindi, lo *staff* medico e infermieristico del PTC è stato impegnato con i consulenti in un puntiglioso lavoro di analisi e traduzione dei requisiti delle norme ISO 9000 in azioni e decisioni coerenti con le attività cliniche e con la terminologia medica utilizzata.

Da questo approfondito confronto si è consolidata la decisione di adottare la ISO 9002 come normativa di riferimento per l'impostazione del sistema e la sua successiva certificazione. Infatti, il requisito 4.4 di controllo della progettazione (specifico della ISO 9001) non è stato ritenuto applicabile in quanto il servizio di cura offerto a ciascun paziente non è subordinato ad un'attività di «progettazione» ma è frutto dell'applicazione ragionata del *know how* terapeutico allo specifico caso clinico ed alla sua evoluzione, secondo linee di lavoro accuratamente preordinate.

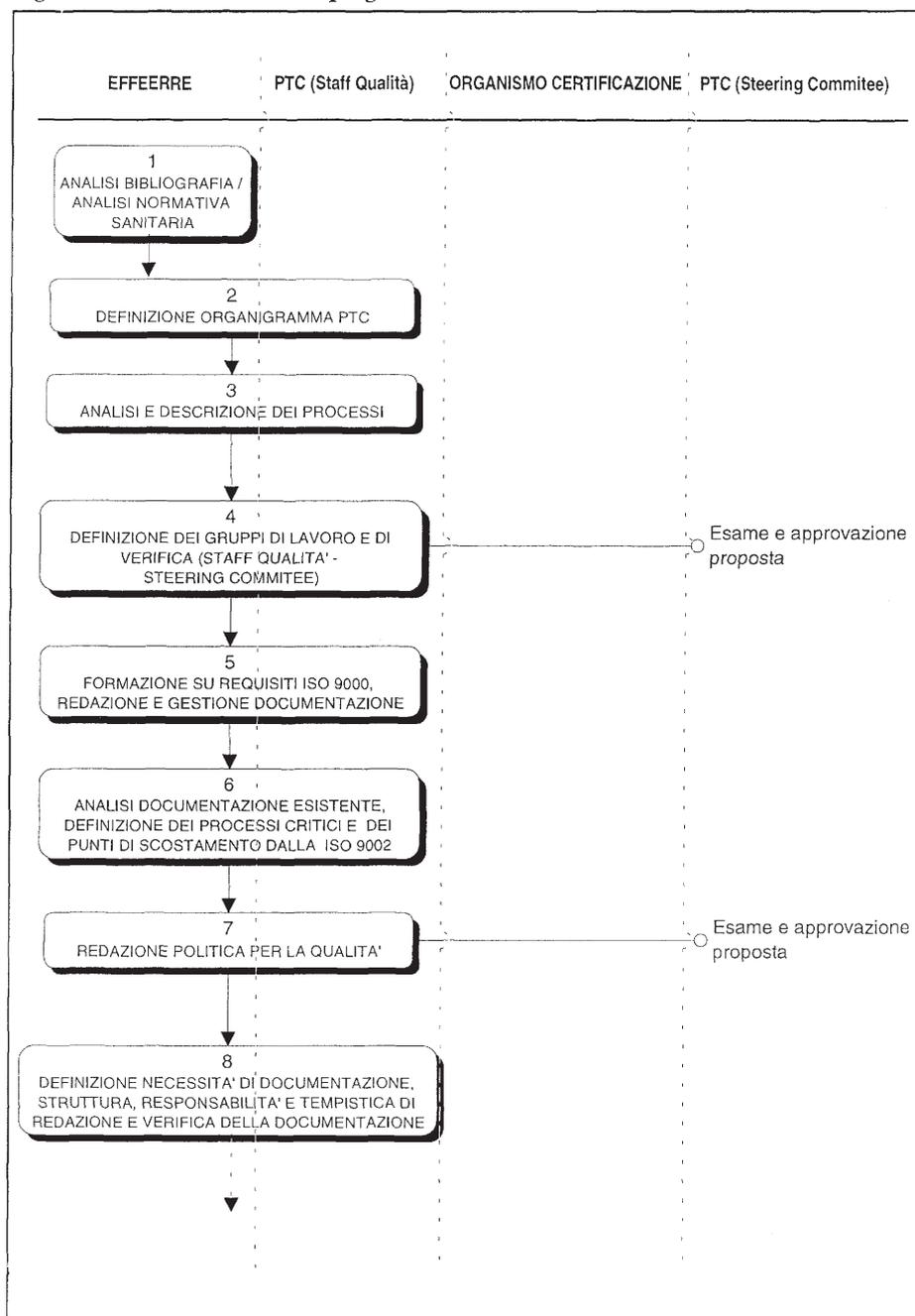
Per quanto riguarda il controllo su interventi per la «realizzazione di nuovi servizi» si è deciso di prevedere l'utilizzo di appositi «piani della qualità» o, nei casi più semplici, il solo aggiornamento della documentazione.

2.3. Metodologia di attuazione

La metodologia di attuazione del progetto, illustrata analiticamente nella figura 1 ha previsto, in sintesi, le seguenti fasi:

- analisi preliminare della bibliografia sugli approcci e le esperienze di qualità in sanità e studio della normativa sanitaria di interesse per il progetto;
- definizione dell'organigramma dell'ospedale Niguarda e del PTC (vedi figure 2 e 3);

Figura 1 - Fasi di attuazione del progetto

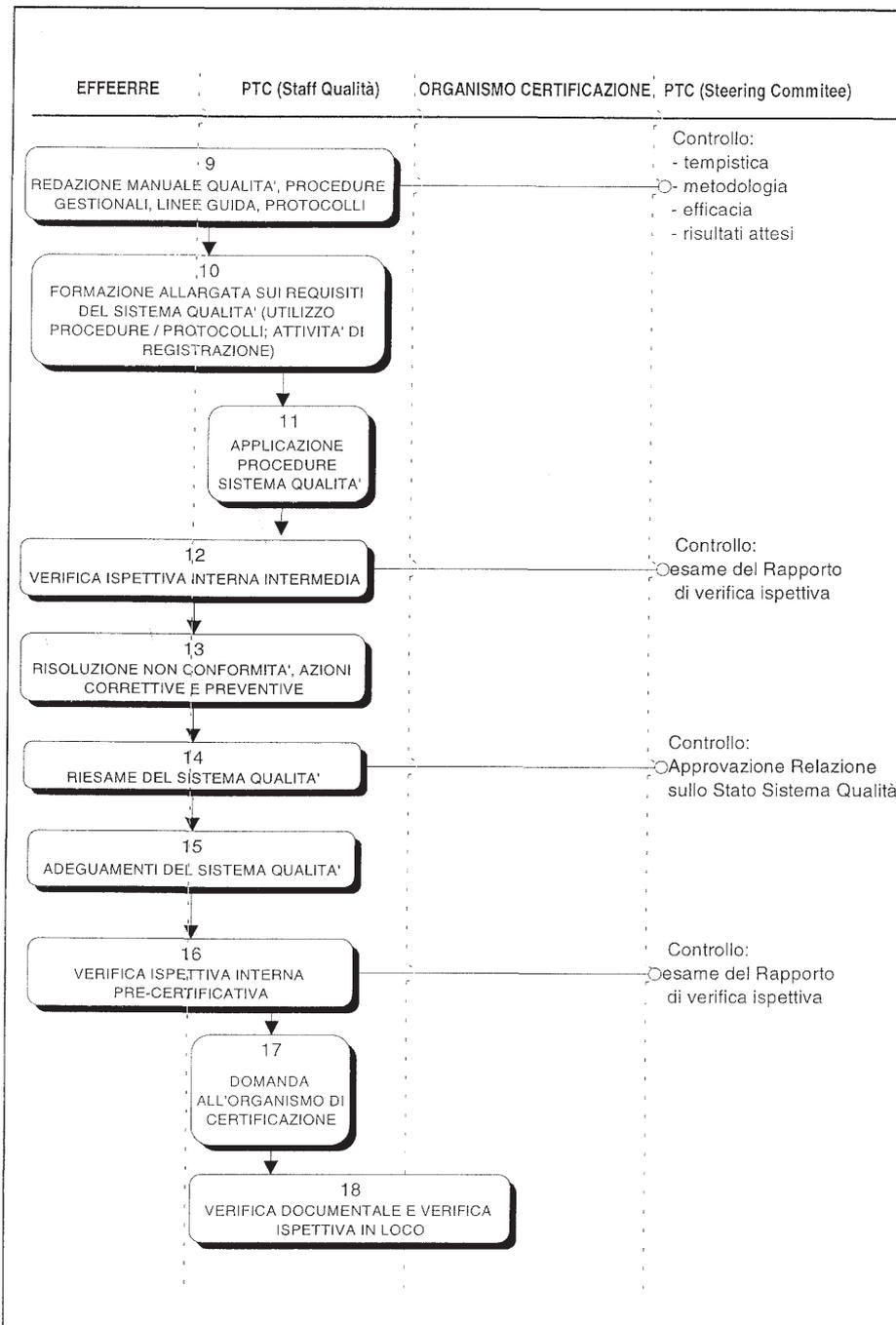


— analisi dei processi del PTC: sia quelli diagnostici, terapeutici e assistenziali all'interfaccia con il paziente, sia quelli organizzativi e di supporto, identificando le responsabilità coinvolte, le attività, le entità in ingresso e in uscita dei processi (vedi in figu-

ra 4 lo schema delle attività del PTC);

— identificazione del responsabile del sistema qualità (SQ) e costituzione dei gruppi di lavoro *staff qualità* e *Steering Committee* per la qualità (ruolo e composizione di questi organi sono spiegati al 2.4);

(segue) **Figura 1 - Fasi di attuazione del progetto**



— predisposizione della *politica per la qualità*: con questo documento la direzione del PTC definisce i principi ispiratori, gli indirizzi generali, le strategie di azione e gli obiettivi per la qualità del PTC;

— predisposizione del *manuale della qualità*: questo documento, costituito da 20 sezioni (una per ogni requisito della normativa), ha lo scopo di descrivere la struttura organizzativa, i processi, le risorse e le responsa-

bilità attraverso cui il PTC è in grado di garantire la qualità delle proprie attività coerentemente con quanto previsto nella politica, dimostrando nel contempo la rispondenza ai requisiti della normativa. Il manuale, pur descrivendo chiaramente responsabilità e compiti, evita dettagli operativi sulle attività che sono invece oggetto dei protocolli;

— predisposizione delle *procedure gestionali*: sono documenti che definiscono le modalità di gestione e le responsabilità specifiche per le attività aziendali di gestione della qualità. In tabella 1 sono riportati i titoli delle procedure gestionali;

— predisposizione delle *linee guida* (per la definizione di linee guida e protocolli vedi 2.5);

— predisposizione dei *protocolli* medici, infermieristici e tecnici (comuni di PTC, di singola unità operativa, di collaborazione interni ed esterni all'ospedale);

— verifiche ispettive (interne) intermedie, per valutare lo stato di implementazione del SQ;

— analisi e risoluzione delle non conformità rilevate, mediante l'attuazione di azioni correttive;

— riesame del SQ da parte della direzione ed eventuali interventi di adeguamento;

— verifica ispettiva pre-certificativa: per controllare la conformità globale del sistema alle norme e decidere le azioni da intraprendere prima della verifica dell'organismo di certificazione.

2.4. La struttura organizzativa del PTC

La struttura organizzativa è uno degli elementi chiave di ogni SQ. Anche in questo caso lo studio e l'approfondimento dell'organizzazione esistente, dei livelli decisionali e delle aree di competenza è stato uno dei compiti

Figura 2 - Struttura organizzativa ospedale Niguarda

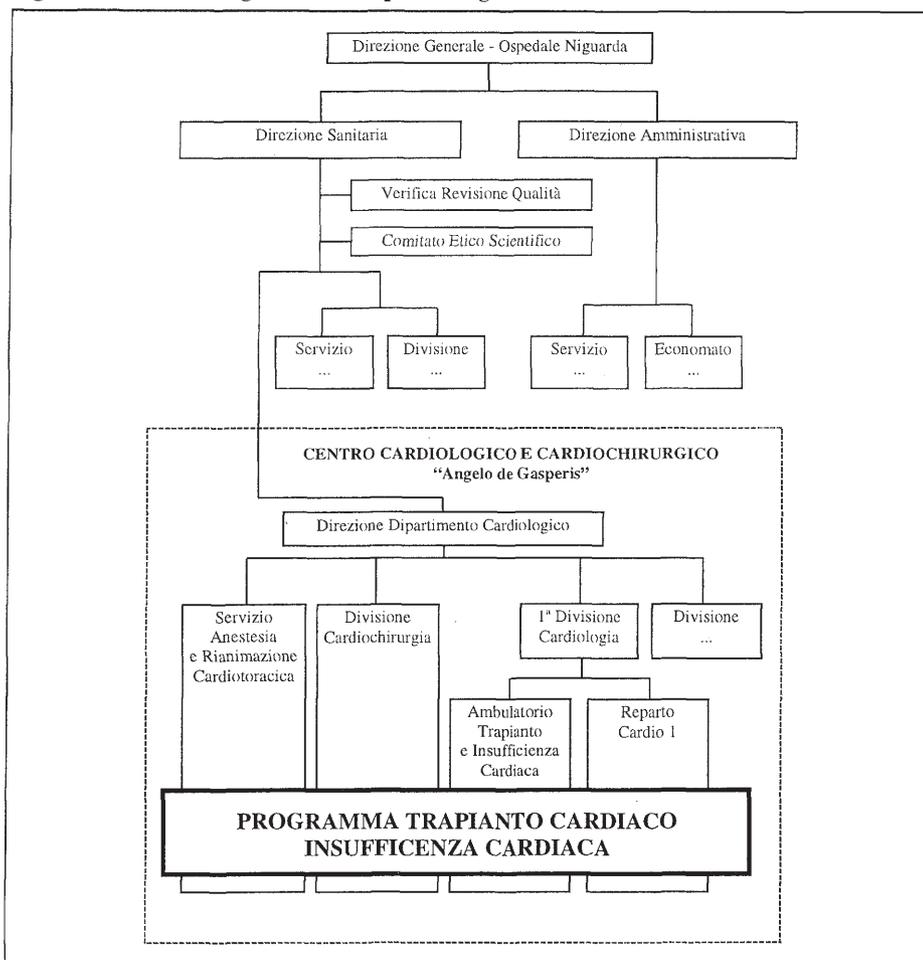
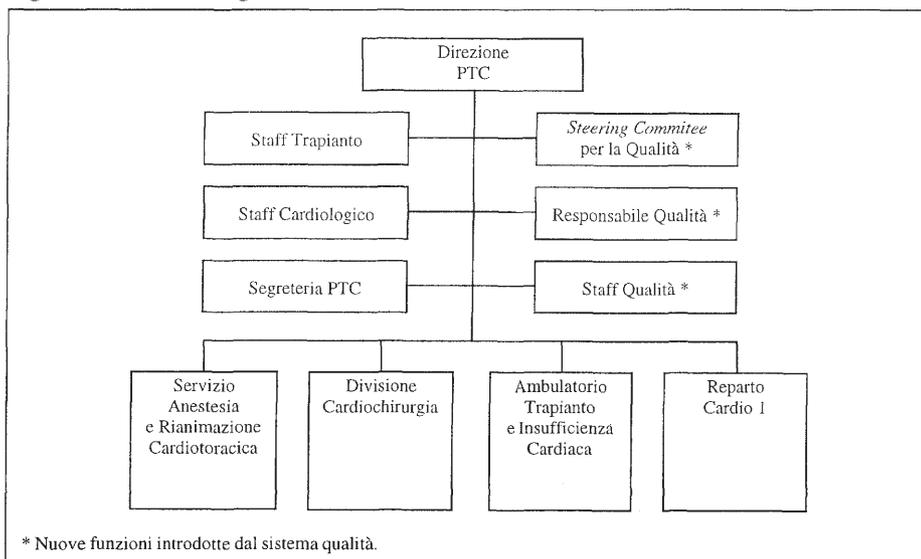


Figura 3 - Struttura organizzativa PTC



* Nuove funzioni introdotte dal sistema qualità.

più impegnativi che i consulenti hanno dovuto affrontare.

Chiunque abbia approcciato organizzazioni del sistema sanitario pubblico ha ben presente l'estrema parcellizzazione delle competenze e l'articolazione dei meccanismi decisionali in un quadro i cui confini sono spesso indeterminati.

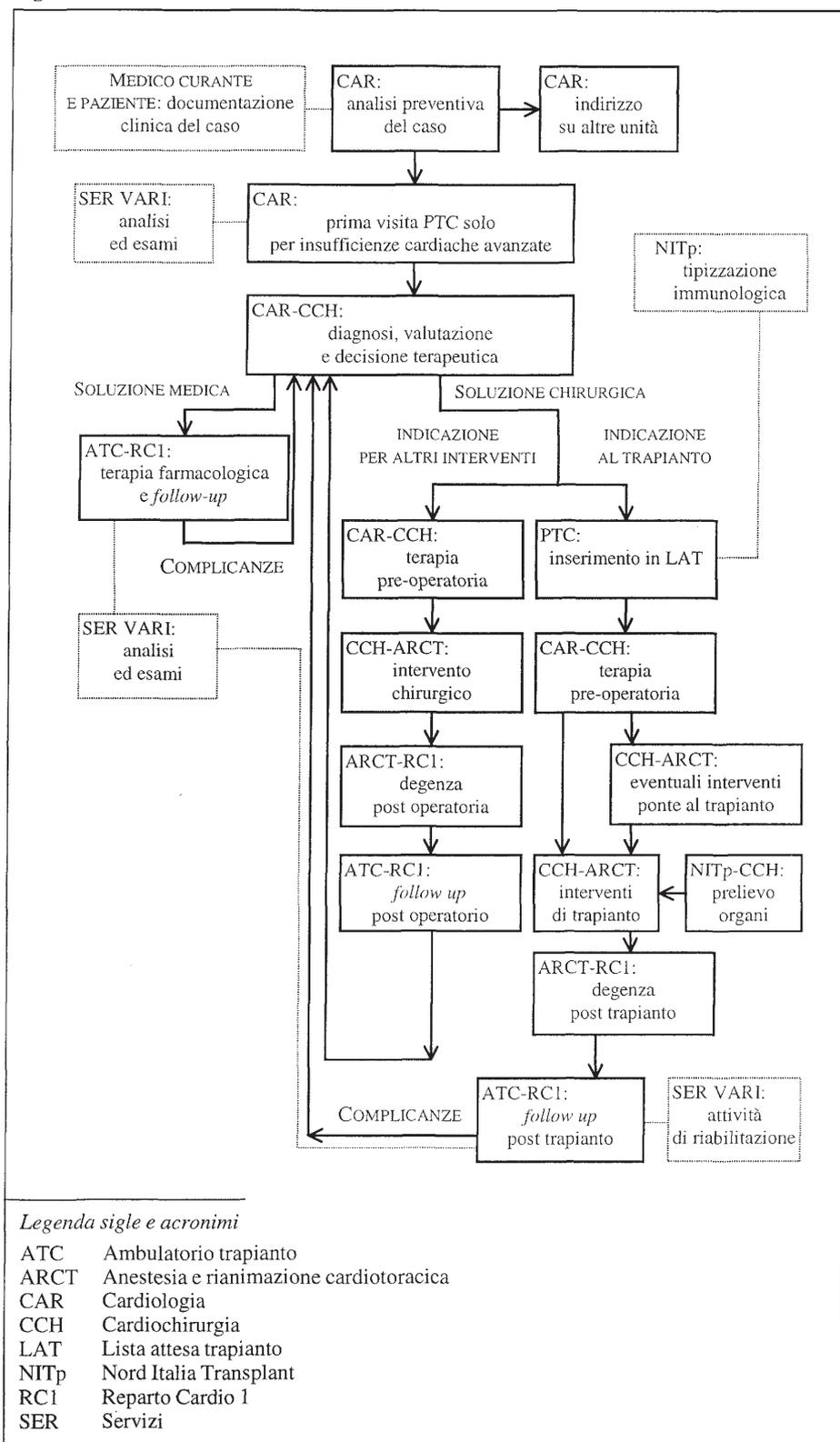
L'organizzazione del PTC si è dimostrata ulteriormente complicata dalla sua stessa natura di programma interdisciplinare, le cui attività vengono svolte da una struttura trasversale alle divisioni ed ai servizi dell'ospedale.

Sulla base di queste osservazioni la struttura del PTC può essere definita come una matrice costituita dalla gerarchia organizzativa dell'ospedale cui si interseca una struttura interdivisionale che collabora in maniera coordinata alle attività del programma terapeutico dell'insufficienza cardiaca e del trapianto cardiaco.

Per descrivere e documentare con il necessario dettaglio questa situazione sono stati realizzati due schemi, riportati nelle figure 2 e 3. Dalla prima delle due figure si identifica la posizione del PTC nell'organizzazione dell'ospedale, mentre nella seconda vengono identificate le funzioni di riferimento per il coordinamento delle attività del PTC con l'evidenziazione delle funzioni per la qualità.

Lo *Steering Committee* per la qualità è composto dal direttore del PTC, dal direttore sanitario, dai primari di cardiologia, cardiocirurgia e anestesia e rianimazione, dal direttore del dipartimento cardiologico, dal responsabile qualità e dal responsabile VRQ dell'ospedale. Quest'organo ha di fatto il ruolo di comitato di direzione dell'organizzazione ed ha quindi il compito di verificare lo stato del SQ e di coordinare gli interventi di adeguamento delle risorse a disposizione del PTC.

Figura 4 - Schema delle attività del PTC



Lo *staff* qualità è invece composto dal responsabile qualità del PTC, dal responsabile PTC per l'ambulatorio trapianto e insufficienza cardiaca, dal responsabile PTC per il reparto Cardio 1, dal responsabile PTC per la cardiocirurgia, dal responsabile PTC per l'anestesia e rianimazione cardiotoracica, dalla capo sala del reparto Cardio 1 e dalla segreteria del PTC. Il ruolo affidato allo *staff* qualità è globalmente quello di coordinare le attività per la qualità e l'applicazione del SQ, realizzare la documentazione del SQ, coordinare le attività di formazione sulla qualità e le attività di verifica ispettiva periodica.

Le attività specificamente inerenti il progetto qualità si sono aggiunte e armonizzate alle attività proprie del PTC. Con «*staff* trapianto» si indica la riunione periodica dei componenti del programma, dedicata all'aggiornamento e alla formazione; con «*staff* cardiologico», si indica la riunione periodica dei cardiologi del PTC, aperta a tutti gli altri componenti, dedicata alla discussione collegiale dei casi clinici più pressanti.

2.5. La documentazione del sistema qualità del PTC

La collocazione trasversale delle attività e della struttura del PTC e il contributo fornito dalle strutture di servizio dell'ospedale hanno comportato un'attenta riflessione prima della definizione della struttura e delle regole di gestione della documentazione del SQ, al fine di garantirne coerenza e applicabilità.

La documentazione del SQ del PTC è rappresentata in figura 5, mentre in tabella 1 sono riportati i titoli delle procedure gestionali del PTC.

Tra queste, ad esempio, di notevole importanza è stata la redazione della procedura per la gestione della cartella

clinica (vedi estratto in figura 6) che ha codificato le responsabilità e le regole di comportamento per il corretto utilizzo della stessa e la completezza delle informazioni ivi contenute, evitando le consuete disfunzioni e perdite di informazioni nei passaggi del paziente e della relativa cartella tra le diverse unità operative del PTC e fra i diversi medici, fino ad arrivare all'archiviazione della stessa.

Rispetto allo schema classico di strutturazione della documentazione aziendale, quello adottato dal PTC ha introdotto più tipologie di documentazione tecnica, di seguito descritte, con il preciso intento di dare una più flessibile ed efficace descrizione del *know how* del programma terapeutico.

Le linee guida hanno lo scopo di presentare in forma organica e didattica le attività del PTC, facendo in particolare riferimento ai criteri ed alle scelte base consolidate e condivise dallo *staff* medico e infermieristico del PTC. Tale tipologia di documenti è stata elaborata utilizzando la letteratura scientifica disponibile inclusa quella frutto diretto dell'esperienza del centro. In tabella 2 sono riportati i titoli delle linee guida del PTC.

Le linee guida hanno seguito un'impostazione innovativa, nel senso che seguono fase per fase il «percorso» del paziente preso in cura dal PTC riflettendo la successione delle attività, così come schematizzato nella figura 4.

I protocolli definiscono le modalità operative e i criteri per la gestione di tutte le attività critiche del PTC. Sono raccolti secondo argomento e funzioni coinvolte per la loro applicazione, come descritto in figura 5. In particolare, va sottolineata la scelta effettuata dallo *staff* qualità, di predisporre oltre ai protocolli di ciascuna unità operativa, altre due tipologie di documenti:

— i protocolli comuni, per la gestione di quelle attività trasversali che

interessano almeno due delle quattro unità operative (tipico al riguardo è il protocollo per la movimentazione e il trasporto dei pazienti tra le varie unità);

— i protocolli di collaborazione interni ed esterni, sia per la regolamentazione delle attività diagnostiche svolte dai laboratori a beneficio del PTC (ad es. anatomia patologica), op-

Figura 5 - Struttura della documentazione del SQ del PTC

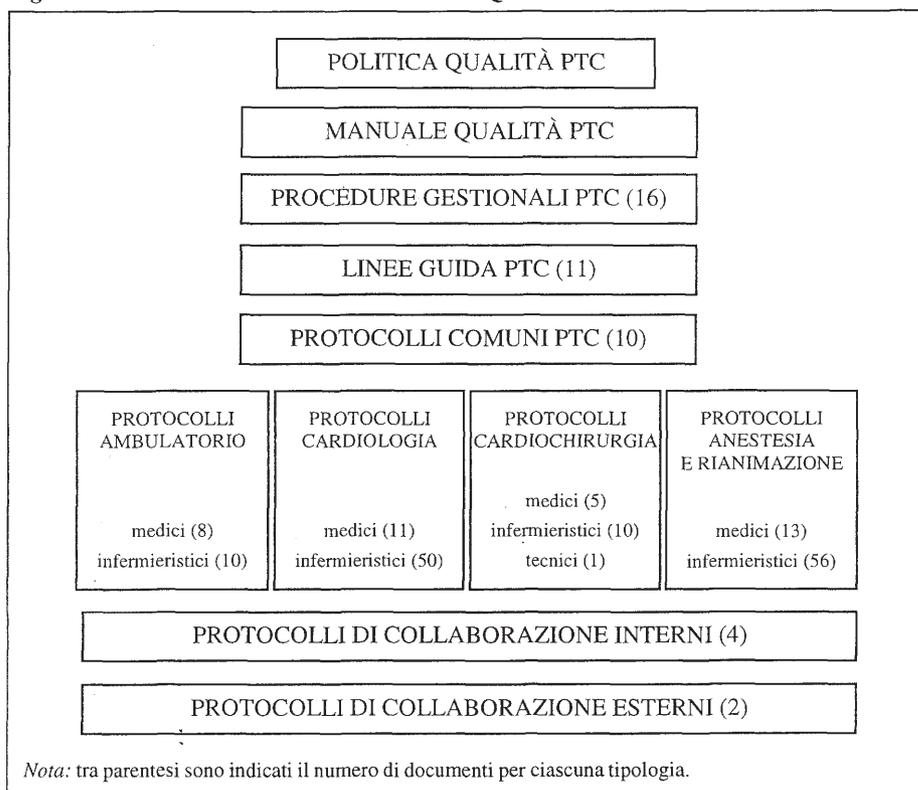
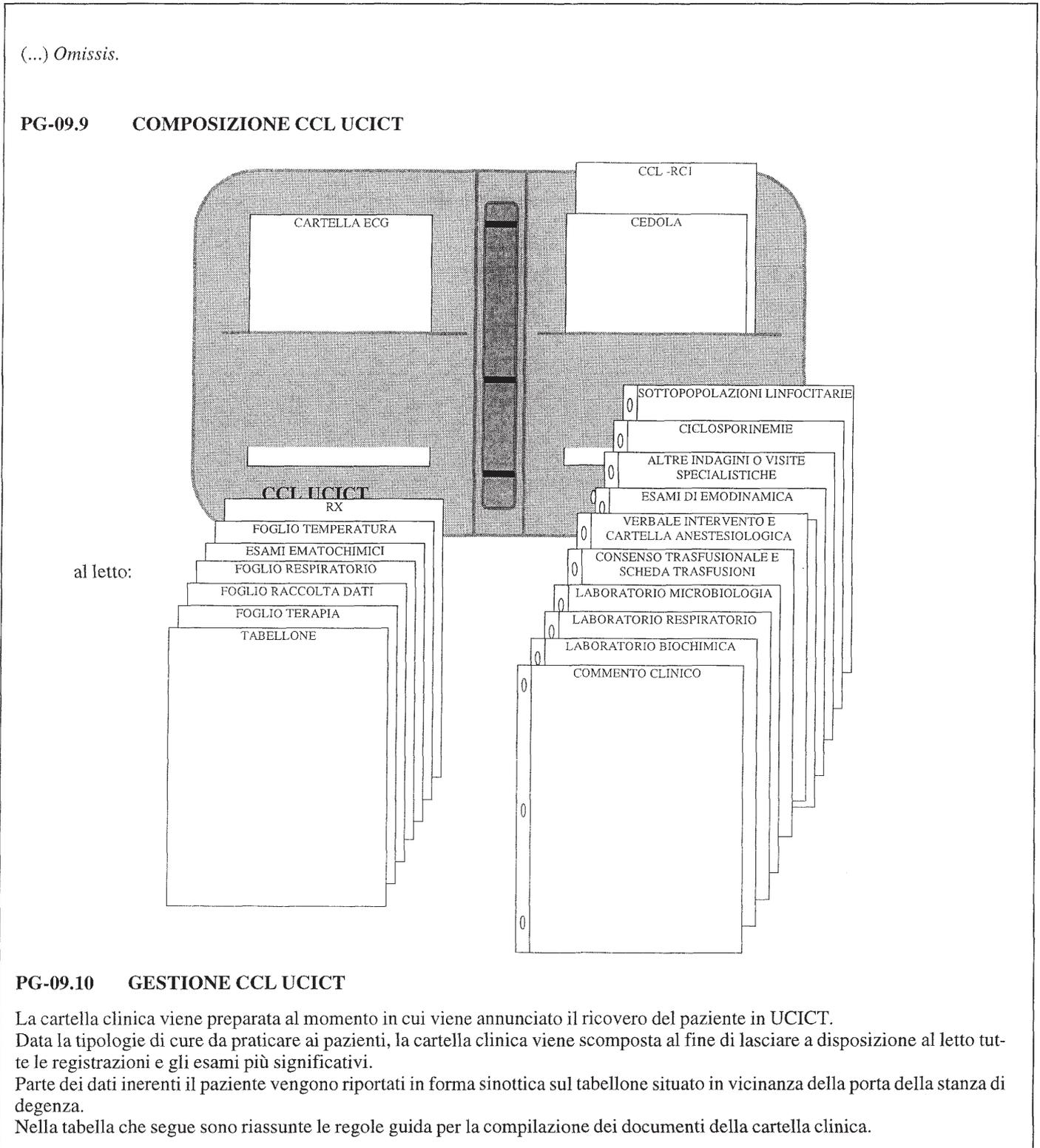


Tabella 1 - Elenco delle procedure gestionali del SQ del PTC

Cod.	Titolo
PG-01	Documentazione SQ PTC
PG-02	Responsabilità documentazione
PG-03	Responsabilità SQ PTC
PG-04	<i>Steering Committee</i> per la qualità
PG-05	<i>Staff</i> qualità PTC
PG-06	<i>Staff</i> cardiologico PTC
PG-07	<i>Staff</i> trapianto PTC
PG-08	Gestione lista attesa trapianto
PG-09	Gestione cartella clinica PTC
PG-10	Qualificazione strutture di supporto
PG-11	Coordinamento prelievo e trapianto
PG-12	Segnalazioni
PG-13	Non conformità
PG-14	Azioni correttive e preventive
PG-15	Verifiche ispettive
PG-16	Acquisto apparecchiature delle linee guida del SQ del PTC

Figura 6 - Esempio di procedura (estratto dalla procedura gestionale PG 09 «Gestione cartella clinica PTC», paragrafi relativi alla gestione della cartella clinica nell'unità di cure intensive cardiotoraciche)



(segue) **Figura 6 - Esempio di procedura (estratto dalla procedura gestionale PG 09 «Gestione cartella clinica PTC», paragrafi relativi alla gestione della cartella clinica nell'unità di cure intensive cardiotoraciche)**

CARTELLA CLINICA UCICT		
Documento	Compito dei medici	Compito degli infermieri
CEDOLA		Archiviare con la CCL-CARDO1 e con tutti i documenti amministrativi collegati (SDO, lettera di ricovero, ...)
CARTELLA ECG	Riportare la refertazione in caso di anomalie o variazioni significative sul commento clinico	Raccogliere tutti gli elettrocardiogrammi Riportare sugli elettrocardiogrammi il nome del paziente, la data e l'ora di esecuzione
FOGLIO TERAPIA (al letto)	Ad ogni visita al paziente, riportare la terapia farmacologica da effettuare	Registrare le somministrazioni effettuate
FOGLIO RACCOLTA DATI (al letto)	Consultare ad ogni visita	Registrare: — dati emodinamici — dati respiratori — diuresi e temperatura — esecuzione esami (es RX) — annotazioni varie
FOGLIO TEMPERATURA (al letto)	Consultare l'andamento del grafico ad ogni visita	Riportare i valori di temperatura sul grafico
ESAMI EMATOCHIMICI (al letto)	Consultare i risultati degli ultimi esami e l'andamento ad ogni visita Archiviare nella cartella laboratorio biochimica le tabelle non più attuali o in caso di pazienti stabili	Riportare i risultati degli esami ematochimici riferiti a data e ora del prelievo
FOGLIO RESPIRATORIO (al letto)	Consultare i valori registrati nell'ultimo periodo e l'andamento ad ogni visita Archiviare nella cartella laboratorio respiratorio le tabelle non più attuali o in caso di pazienti stabili	Riportare i risultati dei parametri respiratori
RX (al letto)	Consultare le radiografie non appena disponibili	Raccogliere tutte le radiografie eseguite e ordinarle in funzione della data
COMMENTO CLINICO	Aggiornare ogni giorno o in caso di cambiamenti significativi nel quadro clinico con i risultati delle visite	
LABORATORIO BIOCHIMICA	Valutare i risultati degli esami in occasione della visita	(per pazienti stabili) Riportare i risultati degli esami ematochimici riferiti alla data del prelievo
LABORATORIO RESPIRATORIO	Valutare i risultati degli esami in occasione della visita	(per pazienti stabili) Riportare i risultati delle emogasanalisi e dei relativi parametri respiratori

(segue) **Figura 6 - Esempio di procedura (estratto dalla procedura gestionale PG 09 «Gestione cartella clinica PTC», paragrafi relativi alla gestione della cartella clinica nell'unità di cure intensive cardiotoraciche)**

CARTELLA CLINICA UCICT		
Documento	Compito dei medici	Compito degli infermieri
LABORATORIO MICROBIOLOGIA	Valutare i risultati degli esami in occasione della visita	Raccogliere i referti degli esami microbiologici e i referti degli esami colturali (emoculture, urinoculture, BAL, tamponi, ...) gli eventuali antibiogrammi e i referti degli esami infettivologici in genere
CONSENSO TRASFUSIONALE E REGISTRAZIONE TRASFUSIONI	Controllare se attivato e se completo	Archiviare il consenso alle trasfusioni Registrare ogni trasfusione effettuata con la data e i riferimenti specifici della sacca
VERBALE INTERVENTO E CARTELLA ANESTESIOLOGICA	Consultare e prendere atto dei dati riportati	Archiviare i documenti relativi all'intervento chirurgico e all'anestesia
CONSENSI INFORMATI	Controllare se attivati e se completi	Archiviare i documenti relativi all'intervento
ESAMI EMODINAMICI	Consultare e prendere atto dei referti in occasione della visita	Raccogliere i referti dei cateterismi
ALTRE INDAGINI O VISITE SPECIALISTICHE	Consultare e prendere atto dei referti in occasione della visita	Raccogliere i referti di esami non altrimenti previsti e di visite specialistiche al letto
CICLOSPORINEMIE	Consultare e prendere atto dei referti in occasione della visita	Raccogliere i referti delle ciclosporinemie
SOTTOPOPOLAZIONI LINFOCITARIE	Consultare e prendere atto dei referti in occasione della visita	Raccogliere i referti degli esami linfocitari
TABELLONE	Riportare sul tabellone i dati significativi dei parametri identificati	
(...) <i>Omissis.</i>		

pure delle attività di collaudo, manutenzione e riparazione delle apparecchiature svolte dal servizio di ingegneria clinica, sia per la regolamentazione delle attività svolte in collaborazione con strutture esterne (ad es. centri di riabilitazione).

La considerevole mole della documentazione è stata più volte occasione di riflessione all'interno dello staff qualità del PTC, sia in relazione all'impegno richiesto per la redazione e

Tabella 2 - Elenco delle linee guida del SQ del PTC

Cod.	Titolo
LG-01	Ruolo e struttura del programma trapianto cardiaco
LG-02	Cure dell'insufficienza cardiaca avanzata
LG-03	Criteri di indicazione al TC e gestione lista di attesa
LG-04	Valutazione di idoneità del donatore e attribuzione donatore/ricevente
LG-05	Organizzazione del trapianto
LG-06	Prelievo del cuore e protezione durante il trasporto
LG-07	Intervento di trapianto: chirurgia e anestesia
LG-08	Cure di primo <i>post</i> trapianto
LG-09	Cure a lungo termine <i>post</i> trapianto
LG-10	Interventi alternativi al trapianto

l'indispensabile verifica incrociata, sia per le oggettive difficoltà che una così ampia documentazione implica nella sua gestione (utilizzo e aggiornamento). L'opinione comune da parte degli utilizzatori è che quanto prodotto dovrà certamente essere perfezionato e riorganizzato, ma difficilmente potrà essere ridimensionato. Per questo sono già state pianificate specifiche attività di formazione sulla documentazione e l'adozione, per protocolli, procedure e linee guida, di un indice sinottico che includa più dettagliati riferimenti ai documenti collegati, per agevolare il reperimento della specifica istruzione necessaria.

Da un punto di vista più generale si può osservare che il SQ e l'impegno per la certificazione sono diventati qualcosa di concreto solo quando la documentazione, ed in particolare quella tecnica, li ha resi evidenti e riconoscibili. Il coinvolgimento e l'apprezzamento dello *staff* medico e infermieristico alla diffusione della documentazione sono stati la più chiara risposta ai dubbi sull'utilità della ormai famosa «montagna di carta» di cui tante aziende hanno il terrore.

Peraltro, la documentazione supplementare e specifica del SQ, nonché la necessità di un'attenzione minuziosa nelle attività di registrazione, costituisce, a parere degli operatori, un indubbio onere aggiuntivo il cui impatto reale sulla qualità del servizio (che è inevitabilmente influenzata dalle condizioni di lavoro) dovrà essere verificato a distanza dall'implementazione iniziale del sistema.

3. Le criticità incontrate e le soluzioni adottate

Nella sua realizzazione, il progetto qualità del PTC ha dovuto affrontare diversi punti critici, ovvero situazioni per le quali le soluzioni operative non

risultavano affatto scontate o supportate da precedenti esperienze.

Uno schema puntuale delle criticità incontrate e delle soluzioni adottate è rappresentato nella tabella 3.

In sintesi, la prima difficoltà da segnalare è stata quella relativa alla ridefinizione e collocazione del significato di qualità e di misurazione della qualità nel contesto di un programma terapeutico che si occupa di una patologia grave con tecniche e criteri decisionali che spesso devono andare oltre il consolidato: in questo campo la discussione sul concetto di qualità si avvicina e sconfinava rapidamente nel campo dell'etica. È opinione degli autori che, a questo proposito, non esistono risposte

precostituite o modalità di calcolo e di indicizzazione dei risultati validi in assoluto. Il riferimento più saldo e autorevole risiede nella responsabilità della direzione che è chiamata ad esprimersi coerentemente con la propria politica per la qualità e a dare così una guida, seppur non esaustiva, agli operatori sulle casistiche reali e nei rapporti con gli interlocutori esterni (principalmente i pazienti e i loro familiari).

La seconda area di criticità, già accennata in precedenza, è relativa alla complessità della struttura organizzativa ospedaliera ed alla trasversalità del soggetto del SQ.

La collocazione del PTC assegna alla direzione autorità diretta solo sul-

Tabella 3 - Schema criticità/soluzioni adottate nel corso del progetto

CRITICITÀ	SOLUZIONI ADOTTATE
1. Programma terapeutico con tecniche e criteri decisionali in continuo divenire e spesso non basati su «percorsi» precostituiti	1. Assunzione di responsabilità da parte della direzione nel fungere da guida agli operatori per la gestione dei casi, in coerenza con la politica per la qualità
2. Forte interdisciplinarietà, programma terapeutico trasversale e non struttura gerarchico-funzionale con conseguente difficoltà nel delineare il «perimetro» organizzativo della struttura	2. Approfondimento della fase di analisi dei processi; costituzione dello <i>staff</i> qualità (con il compito, tra gli altri, di verificare e approvare i risultati della fase di analisi)
3. Mancanza di controllo diretto sulle risorse	3. Costituzione dello <i>Steering Committee</i> per garantire il reperimento e il controllo delle risorse
4. Molteplicità delle interfacce, sia all'interno del PTC, sia verso altri enti interni all'ospedale, sia verso strutture esterne	4. Redazione dei protocolli comuni di PTC e dei protocolli di collaborazione interni ed esterni
5. Difficoltà nello stabilire degli indicatori di processo e di esito clinico	5. Massima attenzione nella definizione e nel controllo dei processi («processi speciali»), dei punti critici e dei momenti di verifica collegiale dei percorsi terapeutici
6. Complessa gestione documentata del <i>know how</i> del PTC	6. Definizione di struttura e livello di dettaglio della documentazione in stretta collaborazione con gli utilizzatori; avvio di un piano per la gestione della documentazione mediante sistema informativo su rete PC
7. Pericolo di vivere il sistema qualità come un peso e come una decisione calata dall'alto	7. Forte coinvolgimento del personale medico e infermieristico nella fase di redazione della documentazione; intensa attività di formazione allo scopo di far comprendere agli operatori come il sistema qualità sia uno strumento per lavorare meglio e non un peso

le attività del programma, ovvero sulle decisioni terapeutiche, ma non le permette un presidio altrettanto immediato e sicuro sulle risorse e sulle attività operative. In questo senso la realizzazione del SQ di un'intera struttura ospedaliera sarebbe risultato più lineare e semplice.

Questa situazione nella successione dei requisiti ISO 9000 richiede molta attenzione e disponibilità a processi di delega più o meno formale anche all'esterno della struttura.

Da un punto di vista operativo, una delle più significative difficoltà incontrate è certamente relativa alla gestione documentata del *know how* del programma trapianto cardiaco, sia per la quantità e la complessità delle informazioni da gestire, sia per l'oggettiva difficoltà di organizzazione per livelli di dettaglio e per gruppi di utilizzatori con gradi di approfondimento e terminologia coerente con le esigenze di utilizzo. Il sistema di gestione è l'aspetto che, nel prossimo futuro ha maggiore probabilità di essere modificato per essere supportato con un sistema informativo su rete PC.

Il paradosso è che le difficoltà e le criticità incontrate non solo non hanno danneggiato lo svolgersi delle attività, ma sono state occasione e stimolo per tirare fuori il meglio da ognuno e arrivare così ad un SQ maturo prima ancora che collaudato.

Così anche la certificazione, punto di criticità per antonomasia dei sistemi qualità, è stata interpretata, sia nella fase di preparazione che nel confronto con i valutatori dell'ente di certificazione, come occasione e strumento di miglioramento.

4. Le strutture sanitarie certificate in Italia

Il PTC è il primo centro di trapianti al mondo ad aver conseguito la cer-

tificazione in base alle norme ISO 9000.

L'applicazione di un SQ sul modello delle ISO 9000 a una struttura sanitaria complessa e articolata quale un programma trasversale dedicato a un'attività di medicina e chirurgia avanzate, rappresenta in un certo senso un caso «non tipico» nell'ambito delle esperienze di certificazione in campo sanitario realizzate fino ad oggi a livello nazionale e non.

In Italia, in particolare, tali esperienze hanno generalmente riguardato dei settori specifici (laboratori o singole divisioni) e non ancora intere strutture ospedaliere come all'estero (ad es. in Inghilterra, Olanda, Svizzera, Singapore, ecc.), salvo il caso di alcune cliniche private.

A supporto di quanto affermato, sulla base delle più accurate informazioni in nostro possesso riportiamo in allegato (tabella 4) l'elenco delle strutture sanitarie certificate in Italia, aggiornato al 31 dicembre 1997.

5. Risultati e benefici del progetto qualità

Innanzitutto una considerazione di carattere generale: la certificazione del SQ del PTC rappresenta il riconoscimento ufficiale da parte di un orga-

nismo accreditato (in questo caso il BVQI Italia) che l'organizzazione dell'azienda è conforme ai requisiti stabiliti dalla norma ISO 9002. Ciò rappresenta un forte elemento di garanzia per l'utente e per i cittadini che finanziano il servizio sanitario, ed è strumento di formazione e verifica permanente per gli operatori della struttura. Secondo le norme ISO, infatti, tutte le attività che influenzano la qualità del servizio devono essere pianificate e il loro svolgimento deve essere documentato, sottoposto a controllo e migliorato nel tempo.

Per quanto le norme ISO 9000 non entrino direttamente nel merito tecnico delle attività (la professionalità dello *staff* medico e infermieristico del PTC non viene presa in considerazione), il SQ offre il supporto organizzativo idoneo ad assicurare costanza nel raggiungimento dei risultati prestazionali: prevenendo il ripetersi di non conformità del servizio; prestando attenzione alla soddisfazione delle esigenze globali dei pazienti/clienti; avendo la capacità di verificare sistematicamente e migliorare nel tempo le proprie *performance*.

In sintesi, la formalizzazione dei criteri di lavoro, dei compiti e delle responsabilità dei componenti delle diverse unità, richiesta dal SQ, è stata

Tabella 4 - Elenco delle strutture sanitarie certificate in Italia (al 31 dicembre 1997)

1. Laboratorio di endocrinologia del Policlinico di Modena
2. Laboratorio di endocrinologia e biochimica, servizio di ingegneria clinica dell'ospedale S. Orsola di Bologna
3. Servizio di anatomia patologica, servizio di endoscopia digestiva e servizio di pronto soccorso dell'ospedale di Reggio Emilia
4. Servizio di anatomia patologica dell'ospedale di Ravenna
5. Laboratori di analisi del centro diagnostico italiano di Milano
6. Casa di cura «Materdomini» di Castellanza (Varese)
7. Casa di cura «Ambrosiana» s.p.a. di Cesano Boscone (Milano)
8. Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'ospedale Maggiore di Milano
9. Servizio di ristorazione ospedaliera della USL 2 di Feltre (Belluno)
10. Reparto di neuro-riabilitazione dell'ospedale di Seregno (Milano)
11. Programma insufficienza cardiaca e trapianto cardiaco dell'ospedale Niguarda di Milano

utilizzata come occasione per definire e perfezionare le prassi consolidate (sia all'interno del PTC, sia nei rapporti con altre unità dell'ospedale che forniscono servizi al PTC), per raccogliere informazioni sulla percezione della qualità da parte dell'utenza, per agevolare i passaggi del paziente attraverso la burocrazia ospedaliera, per facilitare l'addestramento e l'inserimento nelle attività di nuovi operatori.

Anche in questo caso, uno schema puntuale dei risultati e dei benefici finora conseguiti è rappresentato nella tabella 5.

6. Conclusioni

A seguito dell'esperienza fatta, un pre-requisito a nostro parere indispensabile per la riuscita di un progetto del genere è costituito dalla forte motivazione della direzione e del personale coinvolto a raggiungere l'obiettivo. Pertanto è consigliabile intraprendere un progetto pilota in una struttura che presenti questo elemento fondamentale, al di là della sua complessità organizzativa, per poi validarne i risultati ed estendere il SQ a tutte le altre unità operative collegate, a partire da quelle dove la motivazione è maggiore.

Oltre a tale presupposto, il progetto qualità del PTC, pur nelle sue peculiarità e nella complessità di attuazione, ha evidenziato alcune caratteristiche interessanti per l'estensione del SQ all'interno di un'intera struttura ospedaliera:

1) la qualificazione «scientifica» del proprio lavoro e la verifica dei risultati clinici, sono stati riconosciuti e affermati dalla direzione come primo criterio per la qualità delle prestazioni; questo dovrebbe costituire il requisito essenziale per qualunque procedura di certificazione o accreditamento professionale di strutture sanitarie;

2) la limitazione dell'autonomia decisionale delle funzioni direttive re-

lativamente, ad esempio, alla scelta e all'utilizzo delle risorse umane e materiali (condizionate, come già accennato, da altri settori dell'ospedale e della lentezza della burocrazia degli enti pubblici), ha comportato la necessità, per l'implementazione e l'avvio del sistema, di un coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli sulla base della condivisione degli obiettivi. La partecipazione diretta delle persone coinvolte nei diversi livelli operativi ha fatto sì che la documentazione di lavoro e di supporto del sistema fosse il più possibile aderente alla realtà delle attività svolte, in quanto realizzata con l'obiettivo di razionalizzarle e facilitarle;

3) la necessità di armonizzare le attività di diverse unità operative in uno schema coerente, ha offerto un'occasione di dialogo «a tutto campo» tra i componenti dei diversi gruppi, con il risultato di esplicitare pro-

blemi non risolti in precedenza e di produrre un supporto documentale utile alla risoluzione di eventuali contenziosi futuri e alla formazione del personale di nuova introduzione.

Nell'attuale panorama della sanità italiana che vede in atto un processo di profonda trasformazione si è definito un contesto normativo (1) che spinge fortemente verso l'attuazione di un sistema aziendale di gestione della qualità. Ciò rappresenta una valida risposta sia alle richieste sempre più esigenti da parte dell'utenza di avere la «garanzia» di un adeguato livello di qualità del servizio, sia alle necessità di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale che hanno lo scopo di ottimizzare il rapporto costi/benefici dei servizi erogati.

A livello normativo regionale, rispetto all'introduzione del modello ISO 9000 in sanità, significative allo

Tabella 5 - Schema su soggetti interessati e risultati/benefici conseguiti dal progetto

Soggetti	Risultati/benefici conseguiti
PERSONALE:	<ul style="list-style-type: none"> — chiarezza sul «chi fa cosa» — avere una guida sicura nell'operatività — avere spazi e modalità per la risoluzione dei problemi con un costruttivo confronto interdisciplinare e interfunzionale (tra medici e infermieri) — maggiore possibilità di verificare e migliorare il proprio lavoro — aumento di motivazione, partecipazione, identificazione/senso di appartenenza — controllo delle apparecchiature — pianificazione formazione, stimolo all'arricchimento professionale, facilitazione dell'inserimento e dell'addestramento di nuove risorse
DIREZIONE:	<ul style="list-style-type: none"> — garanzia all'esterno verso i finanziatori (S.S.N., cittadini, <i>sponsor</i> privati) — miglioramento dell'immagine e quindi capacità di attrazione delle risorse — garanzia verso potenziali utenti e quindi capacità di attirare nuova «clientela» — ottimizzazione delle risorse e aumento dell'efficienza — possibilità di documentare la correttezza delle prassi cliniche in caso di controversie legali
PAZIENTI:	<ul style="list-style-type: none"> — possibilità di segnalare suggerimenti/reclami — monitoraggio delle esigenze e del grado di soddisfazione relativo al servizio ricevuto — maggiore trasparenza delle procedure, maggiore disponibilità di informazioni su accesso e modalità di utilizzo del servizio

stato attuale sono: da una parte, la legge lombarda di riordino sanitario del luglio 1997, che prescrive alle aziende sanitarie lombarde l'adeguamento alla normativa ISO 9000 entro il 1999; dall'altra, l'esperienza pilota della regione Emilia-Romagna nell'applicazione di un sistema di accreditamento regionale che si ispira largamente al modello delle ISO 9000.

In un tale contesto, la scelta autonoma da parte di un'Azienda sanitaria pubblica o privata di intraprendere la

realizzazione di un SQ e di conseguire la certificazione, se risulta coerente in primo luogo con l'evoluzione in atto del Sistema sanitario nazionale, d'altra parte costituisce per l'organizzazione uno stimolo concreto per puntare al miglioramento continuo delle prestazioni, finalizzato alla soddisfazione dei propri «clienti» interni (il personale) ed esterni (i pazienti).

(1) Il processo di aziendalizzazione propu-

gnato dalle leggi di riforma sanitaria (decreti legislativi 502 e 517); l'adozione della tariffazione delle prestazioni e l'uso in via ordinaria del controllo di qualità (V.R.Q.); l'introduzione della Carta dei servizi, degli indicatori di efficienza e qualità delle prestazioni e degli indicatori di umanizzazione del servizio; l'emanazione infine — con il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 — dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie; a questi si vanno ad aggiungere i requisiti ulteriori per l'accreditamento che devono essere stabiliti dalle Regioni.

UN MODELLO DI SIMULAZIONE PER IL REENGINEERING DEL RICOVERO ORDINARIO: L'ESPERIENZA DELLA USSL 27 DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO

di Lucio Labella Danzi¹, Jennifer Landau², Valeria Rappini³

¹ Consulente aziendale

² Consulente aziendale - Collaboratrice CeRGAS

³ CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Il contesto e la problematica affrontata - 2. La selezione «passiva» degli utenti - 3. La programmazione del ricovero ordinario come strumento per impostare il cambiamento - 4. Il modello di simulazione per la programmazione dei ricoveri ordinari - 5. L'esperienza di introduzione di nuove modalità di gestione del ricovero ordinario.

1. Il contesto e la problematica affrontata

La Regione Lombardia ha sancito, in ambito assistenziale sanitario, il diritto di scelta tra struttura pubblica e struttura privata accreditata. Conseguentemente, ogni cittadino residente nella regione è libero di farsi ricoverare, attraverso il Sistema sanitario nazionale, dove ritiene più conveniente. Le USSL si sono trovate quindi a dover competere non solo con le altre USSL, ma anche con le strutture private accreditate. È evidente la rilevanza assunta, in tale nuovo contesto, dal fenomeno dei «ricoveri passivi», ossia di tutti quei cittadini che pur risiedendo in un'area di competenza di una USSL preferiscono farsi ricoverare altrove.

La realtà esaminata, oggetto di questo articolo, è una USSL composta da tre presidi ospedalieri con una capacità totale di 550 posti letto. Due presidi ospedalieri, quelli di Cernusco e di Melzo, sono dotati di pronto soccorso. Questi due presidi e quello di Gorgonzola dispongono dei reparti necessari per i ricoveri urgenti: chirurgia generale, medicina generale, ortopedia e traumatologia (tabella 1).

L'esperienza di *reengineering* del percorso di ricovero ordinario si è sviluppata nell'ambito di un progetto di riduzione della durata della degenza affidato al CeRGAS dell'Università Bocconi, che è stato elaborato a partire dai risultati di una ricerca-intervento condotta precedente (sempre dal CeRGAS) presso la USSL di Cernusco. In tale primo intervento (1) il perseguimento degli indirizzi strategici indicati dalla direzione generale dell'azienda (recuperare la domanda dei residenti che si rivolgono ad altre strutture, aumentare i livelli di efficacia e di efficienza delle prestazioni ospedaliere, introdurre nuove attività) era realizzato principalmente attraverso un progetto di messa in rete degli ospedali della USSL

che, favorendo una maggiore differenziazione, integrazione e rilocalizzazione delle attività svolte dai presidi, costituiva il presupposto essenziale per il raggiungimento degli obiettivi della direzione. Il progetto di riduzione della durata della degenza è stato successivamente avviato nel novembre 1996. Tale progetto non è stato ricondotto esclusivamente alla risoluzione del problema della durata della degenza, ma ha tenuto conto anche di altre implicazioni rilevanti per l'azienda, quali: il miglioramento della capacità di attrazione dei presidi della USSL 27, il complessivo rafforzamento della capacità produttiva e dell'efficienza delle strutture e, infine, il mantenimento/miglioramento della qualità delle prestazioni

Tabella 1 - Divisioni presenti presso i tre presidi della USSL di Cernusco e dati generali relativi all'attività di ricovero (anno 1996)

	Cernusco		Melzo		Gorgonzola	
Medicina generale	numero posti letto	53	numero posti letto	50	numero posti letto	47
	numero ricoveri	1.630	numero ricoveri	1.346	numero ricoveri	1.207
	degenza media	8,6	degenza media	11,6	degenza media	12,6
Chirurgia generale	numero posti letto	69	numero posti letto	50	numero posti letto	32
	numero ricoveri	2.261	numero ricoveri	1.989	numero ricoveri	688
	degenza media	8,6	degenza media	7,4	degenza media	9,8
Ortopedia e traumatologia	numero posti letto	30	numero posti letto	45		
	numero ricoveri	996	numero ricoveri	1.406		
	degenza media	8,7	degenza media	9,8		

erogate al paziente (livelli di efficacia).

Le valutazioni espresse dall'*équipe* dei ricercatori al termine dei primi studi condotti nel periodo novembre-dicembre 1996 indicavano già che l'approccio da adottare per perseguire tali obiettivi era quello di un esame e di una riprogettazione dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie alla luce dell'esperienza del paziente. In particolare, il gruppo di lavoro ha scelto di seguire un approccio di *business process reengineering* (BPR) inteso come «il ridisegno dei processi per un radicale miglioramento», dove per processo si intende «un gruppo di attività che crea valore per l'utente» (Hammer e Champy, 1994). Nello specifico contesto della USSL di Cernusco, non sembravano esserci particolari problemi di qualità sanitaria dei servizi erogati o di scelta di diverse modalità tecnico-assistenziali. Inoltre, le possibilità di razionalizzare e migliorare i processi interni delle diverse divisioni e servizi dell'azienda parevano piuttosto limitate. L'ipotesi del gruppo di lavoro era che la risoluzione dei nodi critici di funzionamento dipendesse maggiormente dal miglioramento delle relazioni esistenti tra le unità organizzative e che, quindi, maggiori spazi di razionalizzazione potessero essere individuati osservando l'intero percorso del paziente, piuttosto che i singoli processi diagnostico-terapeutici che lo componevano. Esempi di coordinamento debole erano rappresentati dalle relazioni esistenti tra le divisioni e i servizi diagnostici o, ancora, dalle relazioni tra divisioni e blocchi operatori. Tali problemi di coordinamento si traducevano in tempi di attesa per l'utente all'interno dei reparti che, in parte, dipendevano dai tempi di esecuzione della diagnosi o dell'intervento chirurgico ma, prevalentemente, derivavano dai tempi di avvio di tali procedure. Il *reengineering* come stru-

mento per il cambiamento suggerisce di osservare il tempo totale che trascorre tra la richiesta dell'utente e la soddisfazione dei suoi bisogni e confrontarlo con il tempo di lavoro in cui viene effettivamente prodotto valore aggiunto per l'utente. Nello specifico caso della USSL di Cernusco, ad esempio, il tempo totale che poteva trascorre tra la richiesta del medico per un esame radiologico e la consegna del referto in reparto arrivava fino a 10 giorni, mentre il tempo a valore aggiunto per l'utente (tempo per scrivere la richiesta, eseguire l'esame e redigere un referto) era normalmente di molto inferiore (da pochi minuti a poche ore). Il metodo BPR suggerisce di osservare questo rapporto e di cercare di avvicinare i tempi di attesa dell'utente ai tempi effettivi di produzione. In particolare, il metodo suggerisce quattro criteri per la valutazione di un buon servizio all'utente (Hammer e Stanton, 1995):

- il servizio è veloce;
- nell'erogazione del servizio non ci sono errori;
- il servizio è poco costoso;
- il servizio è semplice.

Nell'adottare tale approccio si assume come oggetto di osservazione l'intero percorso del paziente, che inizia nel momento di primo contatto con la struttura, se non addirittura con il sorgere del suo bisogno, e si sviluppa trasversalmente alle diverse unità organizzative dell'azienda. Nel corso di svolgimento del progetto si sono definite due distinte fasi attraverso cui analizzare il percorso del paziente:

- la fase di accesso del paziente all'ospedale;
- le fasi del percorso del paziente all'interno dell'ospedale.

In particolare, si è scelto di studiare il caso dei pazienti delle divisioni di medicina, chirurgia e ortopedia dei presidi di Melzo, Cernusco e Gorgonzola e di concentrare l'attenzione sui

quei processi di supporto che costituivano un «collo di bottiglia» particolarmente critico. Questo ha consentito di cogliere i problemi di attesa del paziente «fuori» e «dentro» l'ospedale, le criticità legate al passaggio di informazioni ed al debole coordinamento esistente tra le unità organizzative, nonché di recuperare una prospettiva di lettura trasversale delle singole unità organizzative oggetto di analisi.

2. La selezione «passiva» degli utenti

Un'analisi preliminare di alcuni dati disponibili sui ricoveri passivi aveva già stabilito come il fenomeno di fuga non fosse legato ad una tipologia di casi clinici particolarmente complessi e che, quindi, non fosse direttamente collegabile ad una domanda di prestazioni specialistiche estremamente sofisticate che i presidi ospedalieri non erano in grado di offrire. Nella prima fase del progetto di riduzione della degenza media, l'analisi è stata pertanto focalizzata solo sulla domanda proveniente da quei pazienti che già si rivolgevano alla USSL per il ricovero e che, per motivi vari, venivano ricoverati altrove. L'analisi di come tale domanda veniva persa poteva infatti indicare le eventuali esigenze di ridefinizione del percorso per poter recuperare tale domanda. Si è quindi passati a ricercare le cause di questa «fuga» nelle modalità di gestione della domanda di ricovero da parte della USSL.

Un corretto approccio al problema non poteva ovviamente prescindere dal riconoscimento che la domanda stessa è divisa in due principali categorie: il ricovero di pronto soccorso e il ricovero ordinario. Mentre, per definizione, la domanda urgente è caratterizzata da un alto grado di imprevedibilità ed erraticità, il ricovero ordinario presenta al contrario, almeno po-

tenzialmente, andamenti più omogenei e gestibili, in quanto agevola interventi di standardizzazione dei percorsi e di elezione dei casi da trattare. Nella USSL in esame, la programmazione del ricovero di elezione, o ricovero ordinario, era subordinata alla domanda di ricoveri proveniente dal pronto soccorso. Tale situazione creava numerosi e complessi problemi per i reparti di degenza: infatti, le richieste provenienti dal pronto soccorso erano, sia dal punto di vista clinico (DRG) che dal punto di vista numerico (volumi), alquanto erratiche. In altri termini, il flusso di pazienti provenienti dal pronto soccorso non presentava condizioni per gestire il percorso di ricovero con modalità programmate di alcun tipo (gestione esami specialistici e consulenze, gestione del *case-mix* in sala operatoria, ecc.). Ciò generava enormi difficoltà di programmazione anche del ricovero ordinario e, complessivamente, l'assenza di programmazione e di gestione della domanda generava scarse possibilità sia di differenziazione che di specializzazione tra gli stessi reparti in presidi ospedalieri diversi.

I reparti, in genere, contattavano i pazienti in attesa di ricovero ordinario sulla base dei posti letto effettivamente disponibili al momento. Al termine della visita ambulatoriale pre-ricovero non era infatti possibile per i reparti sapere in quale momento si sarebbero liberati dei posti letto e al paziente veniva comunicata solo una previsione dei tempi di attesa (da 2 a 6 mesi a seconda della divisione). Il lasso di tempo tra la chiamata del reparto e la data del ricovero era di solito estremamente ridotto (da 2 ore a 48 ore prima). Molti utenti rinunciavano pertanto all'offerta di ricovero per motivi familiari o impegni lavorativi precedentemente assunti. Per l'utente «ordinario» questo approccio rifletteva specularmente l'erraticità, e quindi la scar-

sa programmabilità, dell'attività da pronto soccorso, dalla quale l'attività di elezione era passivamente governata. Le reali possibilità di governare il rapporto tra tempo totale e tempo a valore aggiunto per il paziente ordinario erano estremamente limitate dalle incertezze: quelle del paziente, che non sapeva quando sarebbe stato ricoverato, e quelle del reparto, che non poteva programmare il percorso di ricovero.

Pur riscontrando differenze nelle modalità di gestione del ricovero ordinario tra i reparti, sia all'interno dello stesso presidio, sia tra quelli della stessa specie in presidi diversi, potevano essere individuate alcune fasi tra loro omogenee nel processo di programmazione del ricovero ordinario. In particolare:

— l'utente si rivolgeva alla struttura ospedaliera per la prenotazione della visita ambulatoriale ricevendo, al momento, un appuntamento definitivo (in alcuni casi, peraltro, i tempi di attesa prospettati erano talmente lunghi, che il paziente decideva immediatamente di non procedere alla prenotazione);

— il giorno prestabilito per la visita poteva accadere che alcuni degli utenti, pur regolarmente prenotati, non si presentassero (presumibilmente, nel corso dell'attesa, avevano trovato soluzioni più soddisfacenti);

— ai pazienti che arrivavano a sottoporsi alla visita ambulatoriale, per i quali era riconosciuta la necessità di un ricovero, veniva prospettata un'ulteriore attesa indicativa per il ricovero (ad esempio, da tre a sei mesi) e gli utenti interessati erano inseriti nella lista d'attesa del reparto;

— accertata la disponibilità per un nuovo ricovero, l'utente veniva contattato telefonicamente e, seppur con alcune difformità nelle modalità di gestione tra i reparti indagati, questo contatto avveniva da 2 a 48 ore prima del ricovero stesso.

L'indisponibilità del paziente al momento del ricovero rappresentava una ricorrenza frequente, collegata al fatto che l'utente aveva nel frattempo optato per altre soluzioni, oppure che non poteva modificare, in un lasso di tempo così breve, impegni lavorativi o familiari, oppure, semplicemente, per non essere stato raggiungibile telefonicamente. La rinuncia, comunque, non penalizzava l'utente nella collocazione in lista di attesa, ma il quadro complessivo appena esposto non veniva sostanzialmente modificato al momento delle eventuali successive chiamate. Il sistema generava un numero estremamente rilevante di rinunce al ricovero di pazienti che, esasperati dalle modalità e dalle incertezze dell'attesa, cercavano e trovavano altrove la soluzione al proprio problema.

Alla luce di quanto detto, infatti, riusciva a giungere al ricovero solo il paziente che:

— poteva, o era disposto, ad attendere la visita specialistica;

— aveva effettivamente atteso la visita specialistica;

— poteva, o era disposto, ad essere inserito nella lista di attesa per il ricovero;

— aveva effettivamente aspettato i tempi per il ricovero;

— era immediatamente disponibile al ricovero al momento della prima o delle successive chiamate.

Prescindendo dalla categoria di utenti assolutamente refrattari ad ogni tipo di attesa, anche ragionevole, o bisognosi di prestazioni super-specialistiche è evidente che tutti gli altri casi di rinuncia rappresentavano ricoveri passivi potenzialmente recuperabili (tabella 2).

Inoltre, dal punto di vista dei reparti, le modalità di ricovero esposte implicavano l'assoluta casualità nella scelta dei pazienti in cura essendo esse, di fatto, esclusivamente basate sul criterio di risposta affermativa alla

Tabella 2 - Percorso del paziente prima e dopo il ricovero

Percorso prima del ricovero						
1. Tempi per la visita	accetto				non accetto	
2. Effettuazione della visita	ho aspettato			mi sono rivolto altrove		
3. Necessità del ricovero	sì			no		
4. Tempi per il ricovero	accetto		non accetto			
5. Chiamata per il ricovero	ho aspettato		mi sono rivolto altrove			
6. Disponibilità al ricovero	posso	non posso				

LEGENDA	
	Non sono utenti
	Utenti ricoverati
	Potenziali utenti persi
	Utenti persi

Percorso di ricovero	
POSSO	
↓	
7. Ricovero	gg. attesa per effettuazione prestazioni di diagnosi e cura
8. Post ricovero	gg. attesa per dimissioni o trasferimento presso altre strutture

chiamata. Anche in quei reparti in cui la lista di attesa era suddivisa per tipologia di patologia o per gravità, continuavano a sussistere problemi di programmazione degli ingressi e non potevano essere coordinati i vari interventi da effettuare al paziente nel corso del ricovero. I reparti non erano in grado di controllare ed indirizzare i ricoveri ordinari creando un *case-mix* e un *case-load* (2) «ideali» rispetto alla specializzazione degli operatori e all'utilizzo delle risorse interne (in particolare, sale operatorie e servizi diagnostici). Gli interventi per migliorare la gestione della lista di attesa incontravano difficoltà sia legate all'impossibilità di conoscere a priori le disponibilità di posti letto sia alla non stan-

dardizzazione del percorso di ricovero.

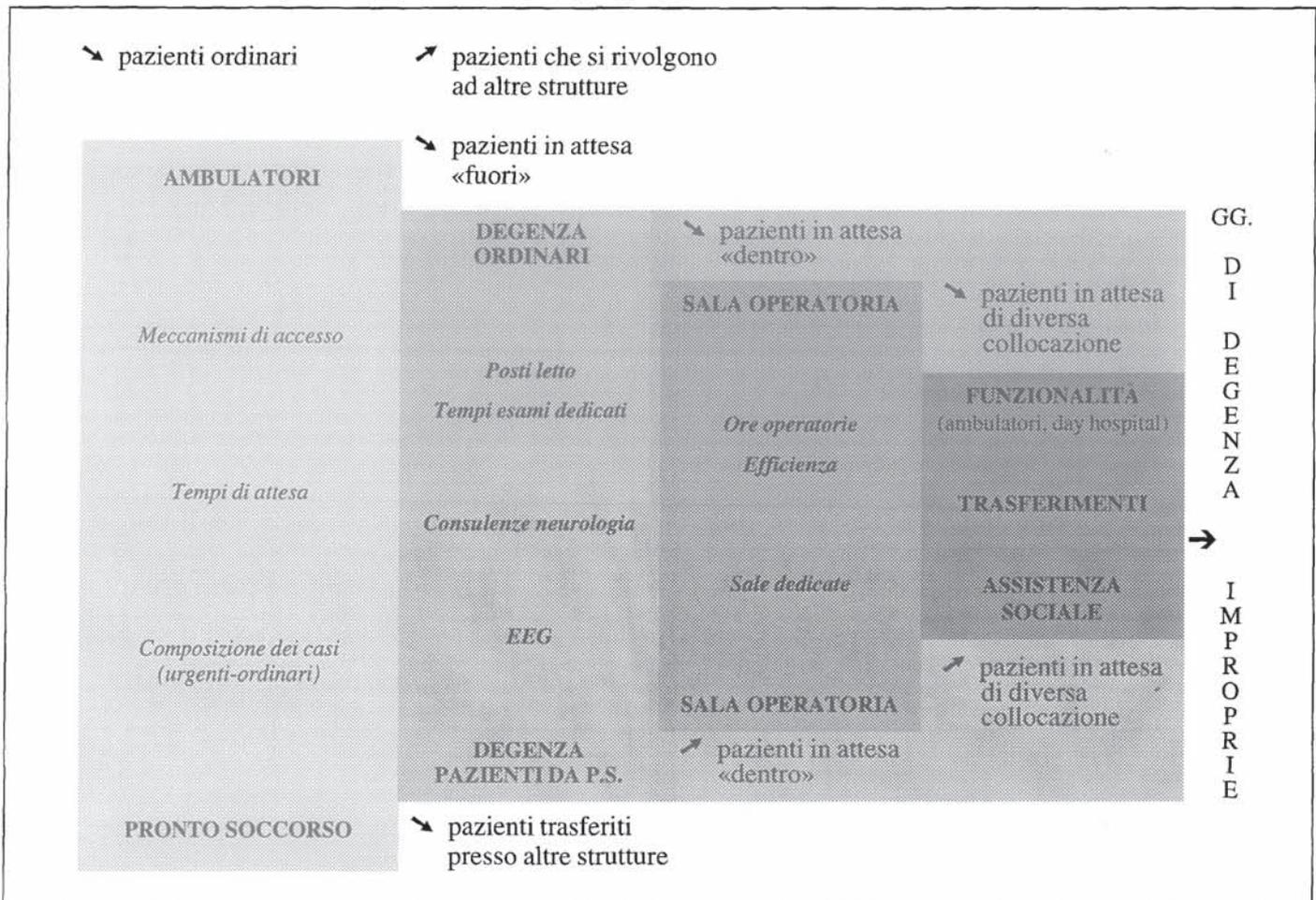
3. La programmazione del ricovero ordinario come strumento per impostare il cambiamento

L'intervento di *reengineering* del percorso di ricovero era sostanzialmente bloccato dalla difficoltà di stabilire a priori l'andamento della domanda di ricovero sia in termini qualitativi (*case-mix*) sia in termini quantitativi (numero ricoveri e *case-load*). La difficoltà di programmare gli ingressi di ricoveri ordinari (e, conseguentemente, di comunicare con adeguato anticipo la data del ricovero al paziente e di programmare gli inter-

venti sanitari durante il percorso di ricovero) sembrava derivare essenzialmente dal fatto che la disponibilità di posti letto era assorbita prioritariamente da ricoveri conseguenti ad accessi in pronto soccorso e, quindi, scarsamente «controllabili» dalle divisioni ospedaliere dell'azienda. L'erraticità della domanda di pronto soccorso era un'idea largamente condivisa da tutti i reparti così come l'idea di non avere sufficienti spazi per diminuire la durata della degenza, o per aumentare la produttività, a causa di vincoli di capacità produttiva (posti letto, sala operatoria, servizio di anestesia, ecc.). L'ottica di *reengineering* prescelta ampliava la visione del percorso di ricovero e, di fatto, metteva in discussione sia l'idea di incontrollabilità della domanda di ricovero sia quella di mancanza di spazi di miglioramento che non fossero collegati a consistenti investimenti.

Ad esempio, nel caso delle due divisioni di ortopedia e traumatologia di Cernusco e di Melzo il principale problema da affrontare riguardava la presenza di alcuni vincoli o «colli di bottiglia» nel percorso di ricovero del paziente. Il più significativo sembrava collocarsi nella fase operatoria, che non riusciva a «smaltire» i pazienti con la stessa velocità della fase di ingresso. Questo fenomeno provocava un allungamento della durata di degenza per il paziente e, precisamente, della degenza pre-operatoria e incidereva negativamente sulla qualità del servizio offerto. Sostanzialmente la degenza pre-operatoria veniva usata come «cuscinetto» per smaltire le code di pazienti ordinari che attendevano di essere ricoverati e/o per «attuare» l'influenza dei ricoveri urgenti sulla gestione complessiva dei ricoveri (tabella 3). La durata della degenza nelle due divisioni risentiva anche di altre problematiche, oltre a quelle già evidenziate, in particolare:

Tabella 3 - Variabili critiche per la riduzione della durata della degenza



— le modalità di accesso ad alcune consulenze esterne come nel caso della neurologia;

— l'assenza di protocolli per EEG (l'elettroencefalogramma veniva eseguito solo il giovedì e se di difficile lettura veniva rinviato);

— i tempi di esecuzione per esami dedicati;

— la carenza di servizi sociali e, in generale, la difficoltà di effettuare dimissioni tempestive;

— la difficoltà per i trasferimenti in altri reparti di pazienti con altre patologie;

— la funzionalità di ambulatori e strutture post-ricovero.

In questa situazione i possibili filoni di intervento riguardavano:

— la modifica della composizione strutturale dei casi (urgenti e ordinari), anche attraverso uno «scambio» di pazienti tra le due divisioni considerate;

— la riorganizzazione dei meccanismi di accesso, in termini di ruoli organizzativi, criteri di precedenza/selezione, modalità di prenotazione dei pazienti ordinari;

— il potenziamento della fase operatoria, non attraverso investimenti strutturali, ma attraverso un recupero di efficienza nei rapporti tra le diverse professionalità e unità organizzative coinvolte.

L'individuazione della disponibilità di posti letto da assegnare ai ricoveri ordinari per ciascun reparto pareva, per tanto, la prima questione da risolvere e che è stata affrontata con l'elaborazione di un modello di simulazione per la programmazione dei ricoveri. In particolare, tale modello è stato sviluppato a partire dalla considerazione che se fosse stato possibile predeterminare l'andamento della domanda di posti letto da parte del pronto soccorso, sarebbe stato più agevole:

— conoscere la capacità residuale di posti letto potenzialmente a disposizione per i ricoveri ordinari;

— stimolare una riflessione da parte dei primari ospedalieri sulla scelta del *case-mix* e del *case-load* per i ricoveri ordinari sulla base degli spazi d'azione disponibili;

— stimolare anche la standardizzazione del percorso di ricovero ordinario e, attraverso la programmazione della quantità e tipologia di ingressi, coordinare gli interventi sanitari (interventi operatori, esami diagnostici, consulenze, ecc.) da effettuare durante il percorso di ricovero del paziente;

— conoscere meglio l'andamento della domanda per ricoveri urgenti e incentivare, analogamente alla domanda di ricoveri ordinari, un atteggiamento attivo da parte dei primari ospedalieri sulla scelta del *case-mix* e sulla definizione di percorsi *standard*;

— infine, pervenire ad una maggiore differenziazione e specializzazione delle diverse divisioni della rete ospedaliera.

4. Il modello di simulazione per la programmazione dei ricoveri ordinari

Il modello di simulazione messo a punto nella USSL di Cernusco perviene alla previsione della capacità produttiva «residuale» a disposizione per i ricoveri ordinari attraverso quattro fasi principali:

1) stima della «domanda» di ricoveri urgenti per ciascuna divisione (elaborando le informazioni storiche degli ingressi da pronto soccorso);

2) previsione della capacità produttiva assorbita dai ricoveri generati da accessi da pronto soccorso (combinando la stima della domanda potenziale di ricoveri urgenti con i tempi di degenza relativi agli ingressi da pronto soccorso);

3) determinazione della capacità produttiva residuale per i ricoveri ordinari (definita una ipotesi di occupazione dei posti letto del reparto, la ca-

pacità residuale viene calcolata per differenza con l'occupazione di posti letto prevista per i ricoveri da pronto soccorso);

4) programmazione dei ricoveri ordinari (rapportando la capacità produttiva residuale, di cui al punto 3), con un valore atteso di durata della degenza) (3).

Il modello di simulazione si avvale di tecniche statistiche le quali, applicate a condizioni organizzative e procedurali invariate, ovvero in un'ottica di breve periodo, possono consentire di operare scelte di impiego della capacità produttiva e delle risorse strutturali esistenti. In particolare, per stimare la domanda di ricoveri urgenti per ciascuna divisione si utilizza il concetto di «probabilità». In statistica, mentre la frequenza di un evento è determinata a posteriori, dopo aver effettuato le prove, ed è data dal numero di prove favorevoli all'evento rapportate al numero di prove effettuate, la probabilità si stabilisce anteriormente al verificarsi di un evento, ed è data dal rapporto tra il numero di casi favorevoli all'evento ed il numero dei casi ugualmente possibili (4). Per avvalersi del calcolo delle probabilità, nel modello di simulazione si suppone che l'andamento degli ingressi in reparto possa essere descritto da una funzione

di densità di probabilità cosiddetta «normale» (5).

La fonte dei dati utilizzata è l'elenco giornaliero degli accessi per divisione e per tipo di ricovero (ordinario o da pronto soccorso) da un campione relativo all'anno 1996, da cui si è calcolato:

— il numero di accessi per tipo di ricovero (ordinario ed urgente), con relativa media e deviazione *standard*;

— il tasso di occupazione giornaliero e medio dei posti letto;

— la degenza media dei ricoveri ordinari e di pronto soccorso.

Per appurare, inoltre, le caratteristiche cicliche e/o stagionali del fenomeno, ogni elaborazione è stata attuata anche per diversi periodi temporali di riferimento, quali anno, mesi dell'anno e giorni della settimana.

4.1. Stima della domanda di ricoveri da pronto soccorso per ciascuna divisione

Come già precisato, nel modello si ipotizza che l'andamento dei ricoveri da pronto soccorso possa essere stimato utilizzando il concetto di probabilità statistica e, in particolare, che tale probabilità abbia una distribuzione cosiddetta «normale». La tabella 4 riassume i principali dati statistici ela-

Tabella 4 - Dati statistici della divisione di ortopedia di Cernusco

Totale ricoveri pronto soccorso (T)	537
Conteggio giorni dell'anno (N)	366
Medie e numeri indice	
Media	1,47
Moda	1
Mediana	1
Indici di dispersione	
Valore minimo	0
Valore massimo	6
Deviazione <i>standard</i> (scarto quadratico medio)	1,21
Varianza campionaria	1,47
Indici di asimmetria e forma	
Coefficiente di Asimmetria	0,83
Coefficiente di Curtosi	0,43

borati per i ricoveri da pronto soccorso nel caso dell'ortopedia di Cernusco ed utilizzati per la costruzione della distribuzione normale (vedi tabella 5) e della curva relativa (vedi figura 1) (6).

Nella tabella 5 si possono leggere:

— in prima colonna, le modalità (7) della variabile considerata, ovvero il numero di possibili ricoveri in un qualsiasi giorno dell'anno che, nella fattispecie, vanno da un minimo di 0 ad un massimo di 6;

— in seconda colonna, le probabilità di manifestarsi nel corso dell'anno di ogni singola modalità della variabile causale (nella tabella si può osservare che la probabilità maggiore, pari al 30,5%, è di avere un solo ricovero al giorno).

Rappresentando il fenomeno per mezzo della funzione di densità di probabilità cumulata (vedi tabella 6) (8) è possibile, invece, determinare la probabilità di avere giornate con fabbisogno di posti letto liberi per il pronto soccorso inferiore o uguale ad un valore dato della variabile posti letto. Per l'ortopedia di Cernusco, ad esempio, si avrà nel corso dell'anno una probabilità pari al 98,2% di avere al massimo 4 ricoveri giornalieri provenienti dal pronto soccorso.

La tabella 6 può essere letta da opposte direzioni:

— da un lato, se si stabilisce a priori che i letti a disposizione per accessi giornalieri da pronto soccorso debbano essere pari a 4, si legge una probabilità di poter rispondere a tutte le richieste di ricovero urgente pari al 98,2%;

— dall'altro lato, se si considera accettabile una probabilità di poter rispondere a tutte le richieste di ricovero urgente pari al 98,2%, si legge che è necessario mettere a disposizione 4 letti per accessi giornalieri da pronto soccorso.

In questa fase, il modello cerca di predefinire il numero di letti da mette-

re a disposizione per accessi da pronto soccorso minimizzando la probabilità di non poter ricoverare pazienti urgenti. Ad esempio, supponendo che un rischio ragionevole possa essere rappre-

sentato da un valore di probabilità massima pari al 90%, la divisione di ortopedia considerata dovrà tenere a disposizione 3 posti letto per i casi urgenti.

Figura 1 - Curva della distribuzione «normale» dell'andamento dei ricoveri da pronto soccorso per la divisione di ortopedia di Cernusco

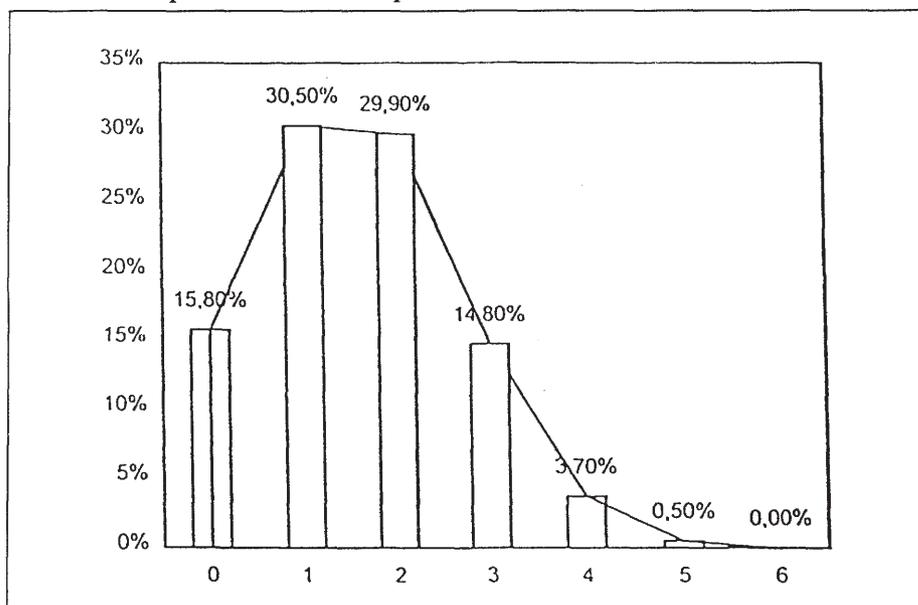


Tabella 5 - Distribuzione «normale» dell'andamento dei ricoveri da pronto soccorso per la divisione di ortopedia di Cernusco

N. ricoveri	Probabilità
0	15,8%
1	30,5%
2	29,9%
3	14,8%
4	3,7%
5	0,5%
6	0,0%

Tabella 6 - Distribuzione «normale cumulata» dell'andamento dei ricoveri da pronto soccorso per la divisione di ortopedia di Cernusco

N. ricoveri	Probabilità cumulata
0	11,3%
1	35,0%
2	67,0%
3	89,7%
4	98,2%
5	99,8%
6	100,0%

Ulteriori considerazioni possono essere sviluppate calcolando la funzione di densità di probabilità cumulata (9) per singolo giorno della settimana (vedi tabella 7) e per mese dell'anno (vedi tabella 8). In tabella 7 si può osservare che, supponendo di accettare un rischio al massimo pari al 90% di probabilità, la divisione di ortopedia dovrà tenere a disposizione 2 letti tutti i giorni della settimana ad esclusione del mercoledì, del venerdì e del sabato per i quali sono necessari almeno 3 letti (vedi valori in grassetto). Analogamente, in tabella 8, si può osservare che per febbraio, aprile, maggio, giugno e novembre è necessario bloccare almeno 3 posti letto (vedi valori in grassetto), mentre nei restanti mesi dell'anno è sufficiente bloccarne 2.

In questa fase, quindi, il modello di simulazione perviene alla previsione della capacità produttiva assorbita in

termini di letti per accessi giornalieri da pronto soccorso:

— scegliendo una probabilità massima accettabile di poter rispondere a tutte le richieste di ricovero per accessi da pronto soccorso (nell'esempio pari al 90%);

— incrociando i minimi valori per mese e per giorno della settimana di posti letto associati alla probabilità

massima scelta al punto precedente (vedi tabella 9).

4.2. Previsione della capacità produttiva assorbita dai ricoveri generati da accessi da pronto soccorso

Una volta stimata la capacità produttiva assorbita in termini di letti per accessi giornalieri da pronto soccorso, la previsione della capacità pro-

Tabella 7 - Distribuzione «normale cumulata» dell'andamento dei ricoveri da pronto soccorso per la divisione di ortopedia di Cernusco per giorno della settimana

N. ricoveri	Probabilità cumulata						
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
0	11,0%	8,1%	10,2%	11,6%	11,8%	9,7%	16,7%
1	35,1%	30,6%	32,8%	40,6%	33,3%	29,1%	44,9%
2	67,8%	65,1%	64,8%	76,3%	62,4%	58,0%	76,1%
3	90,4%	90,0%	88,6%	95,3%	85,7%	83,0%	93,9%
4	98,4%	98,5%	97,9%	99,6%	96,5%	95,6%	99,1%
5	99,9%	99,9%	99,8%	100,0%	99,5%	99,3%	99,9%
6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	100,0%

Tabella 8 - Distribuzione «normale cumulata» dell'andamento dei ricoveri da pronto soccorso per la divisione di ortopedia di Cernusco per mese dell'anno

N. letti	Probabilità cumulata											
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
0	10,1%	13,8%	7,6%	13,2%	15,3%	11,4%	13,0%	14,3%	9,8%	9,8%	7,0%	9,4%
1	36,1%	37,5%	33,6%	32,8%	35,3%	32,6%	41,8%	45,1%	34,1%	34,3%	26,0%	32,7%
2	71,4%	67,4%	72,1%	58,8%	60,7%	61,8%	76,2%	79,5%	68,1%	68,8%	57,7%	66,3%
3	93,1%	88,9%	94,4%	81,4%	82,1%	85,4%	94,9%	96,2%	91,1%	91,6%	84,9%	90,1%
4	99,2%	97,7%	99,5%	94,1%	94,1%	96,5%	99,5%	99,7%	98,7%	98,9%	96,9%	98,5%
5	100,0%	99,7%	100,0%	98,7%	98,7%	99,5%	100,0%	100,0%	99,9%	99,9%	99,7%	99,9%
6	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 9 - Letti da mettere a disposizione per accessi giornalieri da pronto soccorso per mese e per giorno della settimana in base alla probabilità massima prescelta di poter rispondere a tutte le richieste di ricovero per accessi da pronto soccorso

Giorno della settimana	Mese dell'anno											
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Lunedì	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Martedì	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Mercoledì	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2
Giovedì	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Venerdì	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2
Sabato	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2
Domenica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

duttiva assorbita dai ricoveri generati da accessi da pronto soccorso è effettuata combinando tale stima di capacità produttiva con i tempi di degenza relativi agli ingressi da pronto soccorso. In altri termini, i posti letto bloccati e messi a disposizione per ricoveri urgenti (vedi tabella 9) rapportati alla durata della degenza di tali ricoveri determinano un livello di occupazione teorico di posti letto in reparto (vedi tabella 10). In questa fase, il valore della degenza cui si fa riferimento è un valore atteso che può essere definito o sulla base della media storica o assumendo gli *standard*-obiettivo dell'azienda. A titolo esemplificativo, nelle successive tabelle è stato considerato un valore di degenza me-

dia pari a 10 giorni. Rammentando che il reparto di ortopedia di Cernusco dispone di 30 posti letto complessivi, in tabella 10 si riporta il risultato di tale calcolo. Tale tabella mostra, ad esempio, che nel mese di marzo, il mercoledì, il giovedì ed il sabato 20 letti saranno presumibilmente occupati da pazienti provenienti dal pronto soccorso.

4.3. Determinazione della capacità produttiva residuale per i ricoveri ordinari

L'analisi dell'andamento degli ingressi effettuata con il modello di simulazione porta a considerare che:

— una volta stimato il tasso di occupazione di posti letto per casi urgenti (vedi tabella 10);

— definita una ipotesi di occupazione giornaliera dei posti letto del reparto;

— sia possibile calcolare per differenza la capacità produttiva residuale per i ricoveri ordinari.

Ad esempio, ipotizzando il pieno utilizzo di tutti i posti letti, per la divisione di ortopedia di Cernusco è determinabile il tasso di occupazione per ricoveri ordinari come illustrato in tabella 11: nel mese di marzo, il mercoledì, il giovedì ed il sabato 10 letti saranno presumibilmente a disposizione per essere occupati da ricoveri ordinari.

Tabella 10 - Livello di occupazione dei posti letto per mese e per giorno della settimana per ricoveri da pronto soccorso

Giorno della settimana	Mese dell'anno											
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Lunedì	19	23	19	23	23	23	19	19	19	19	23	19
Martedì	19	22	19	22	22	22	19	19	19	19	22	19
Mercoledì	20	23	20	23	23	23	20	20	20	20	23	20
Giovedì	20	24	20	24	24	24	20	20	20	20	24	20
Venerdì	19	24	19	24	24	24	19	19	19	19	24	19
Sabato	20	25	20	25	25	25	20	20	20	20	25	20
Domenica	19	24	19	24	24	24	19	19	19	19	24	19
Giorni di degenza settimanali	136	165	136	165	165	165	136	136	136	136	165	136

Tabella 11 - Livello di occupazione dei posti letto per mese e per giorno della settimana «programmabile» per ricoveri ordinari

Giorno della settimana	Mese dell'anno											
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Lunedì	11	7	11	7	7	7	11	11	11	11	7	11
Martedì	11	8	11	8	8	8	11	11	11	11	8	11
Mercoledì	10	7	10	7	7	7	10	10	10	10	7	10
Giovedì	10	6	10	6	6	6	10	10	10	10	6	10
Venerdì	11	6	11	6	6	6	11	11	11	11	6	11
Sabato	10	5	10	5	5	5	10	10	10	10	5	10
Domenica	11	6	11	6	6	6	11	11	11	11	6	11
Giorni di degenza settimanali	74	45	74	45	45	45	74	74	74	74	45	74

4.4. La programmazione dei ricoveri ordinari

La capacità produttiva residuale per i ricoveri ordinari, così come determinata al paragrafo precedente, se rapportata ad un valore atteso di durata della degenza «ordinaria» permette di programmare il numero di ricoveri ordinari per mese e per giorno della settimana. Anche in questa fase, il valore della degenza cui si fa riferimento può essere o un valore medio storico o uno *standard*-obiettivo. Nella tabella 12 si riportano i valori determinati per l'ortopedia di Cernusco utilizzando un valore di degenza ordinaria pari a 7 giorni e limitando l'esemplificazione al calcolo dei ricoveri programmabili settimanalmente nei diversi mesi dell'anno. Ad esempio, nel mese di marzo sarà possibile programmare almeno 10 ricoveri ordinari alla settimana.

In questa sede è opportuno ribadire l'importanza assunta dai valori della degenza utilizzati nel modello: valori di degenza più elevati determinano un tasso di occupazione più elevato e, conseguentemente, tende a diminuire lo spazio di programmazione del reparto. In altri termini, si può affermare che:

— tanto più la durata della degenza effettiva è allineata ai valori attesi tanto più precise saranno le previsioni;

— tanto più risultano fruttuosi i tentativi di riduzione della durata della degenza tanto più aumenteranno l'elasticità e la disponibilità di posti letto.

5. L'esperienza di introduzione di nuove modalità di gestione del ricovero ordinario

In sintesi, il modello (10) assegna in via preventiva un numero di posti letto

sia per ricoveri ordinari che per ricoveri da pronto soccorso in base ad un'analisi statistica dei reali flussi di pazienti ai singoli reparti.

Nell'esperienza presentata è stata individuata, come condizione chiave del cambiamento, la comunicazione all'utente della data precisa del ricovero sin dall'inizio del percorso in modo da migliorare la sua soddisfazione e da consentire un utilizzo programmato delle risorse disponibili. Ciò avrebbe infatti permesso di ridurre immediatamente il numero di potenziali pazienti persi tra il momento di accertamento della necessità di ricovero e la data del ricovero stesso e, inoltre, di predisporre le condizioni per operare una selezione dei casi da trattare secondo criteri di specializzazione delle singole strutture di offerta e di differenziazione tra le stesse.

La definizione precisa del calendario degli ingressi in reparto costituisce, quindi, la condizione essenziale per riprogettare il percorso di ricovero ordinario in quanto introduce nuovi spazi per migliorarne l'efficienza e l'efficacia. In particolare, consente di:

— eliminare le incertezze del paziente, e quindi anche del reparto, sui tempi e le modalità di ricovero;

— programmare gli atti sanitari indispensabili per il completamento dell'iter terapeutico, compresa la fase di dimissione (fase particolarmente critica nel caso di pazienti non autosufficienti o bisognosi di essere trasferiti presso altre strutture riabilitative);

— scegliere il *case-mix* in base ai giorni letto disponibili per il ricovero ordinario e, in generale, ottimizzare giorno per giorno l'utilizzo della capacità produttiva;

— infine, perfezionare la gestione del paziente riducendo le giornate di attesa «fuori» e «dentro» l'ospedale (che, come già evidenziato, non sono giornate a valore aggiunto per l'utente).

È bene sottolineare che l'obiettivo in questa sede perseguito, ed il connesso miglioramento gestionale in termini di efficienza ed efficacia, assume come dati la capacità produttiva, le risorse strutturali esistenti ed i meccanismi di funzionamento del pronto soccorso. La capacità di bloccare i posti letto destinati a pazienti programmati diventa così l'aspetto gestionale innovativo.

Il reparto viene ad assumere un ruolo attivo nella programmazione e gestione dei ricoveri ordinari riuscendo a focalizzare le attività ambulatoriali sulle patologie che possono creare specializzazione e differenziazione tra reparti, permettendo un uso più razionale delle risorse a disposizione (pre-ricovero in *day hospital*, gestione del *case-mix* in sala operatoria, utilizzo di ore di sala operatoria, durata delle degenze in reparto, utilizzo di prestazioni e servizi specialistici e di diagnosi) e, non ultimo, migliorare la percezione della qualità del servizio all'utente.

La principale preoccupazione nel momento dell'introduzione del ricovero ordinario «reengineerizzato» nella USSL di Cernusco è stata la presunta rigidità del meccanismo e quindi la conseguente necessità di evitare ogni possibile disfunzione che, alterando gli *standard* ipotizzati (degenza media presa a riferimento nel campione analizzato) lo avrebbe inesorabilmente inceppato. Occorre a tal proposito sottolineare che il modello di si-

Tabella 12 - Ricoveri settimanali «programmabili»

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Ricoveri per settimana	10	6	10	6	6	6	10	10	10	10	6	10

mulazione, almeno in una fase iniziale, può tenere conto delle disfunzioni organizzative esistenti. Ad esempio, se il reparto di radiologia non è in grado di restituire un referto in meno di tre giorni, può essere individuato uno *standard* di degenza media più elevato in grado di assorbire eventuali inefficienze di percorso). In secondo luogo, il calendario di ricovero è costruito su un'ipotesi di «peggiore scenario», insita nel modello di simulazione. Ad esempio, nel caso del reparto di ortopedia, l'analisi probabilistica indica che solo il 30% dei giorni il pronto soccorso utilizzerà tutti i letti messi a disposizione dal reparto quotidianamente. Viene in tal modo introdotto un ulteriore margine di sicurezza per la gestione del ricovero ordinario che riassorbe eventuali sconfinamenti dalla durata di degenza e dal percorso standardizzato.

Il pieno raggiungimento dei risultati evidenziati in precedenza implica, tuttavia, un significativo cambiamento organizzativo. Nell'introdurre il nuovo percorso di ricovero ordinario, la USSL di Cernusco ha seguito un approccio graduale al problema (tabella 13). In pratica la USSL ha scelto di iniziare con un progetto pilota di cambiamento così articolato:

— individuare i DRG all'interno di ogni reparto da sperimentare per creare un ricovero *standard*;

— convocare per ogni DRG un gruppo di lavoro clinico, responsabile per l'identificazione del percorso e per la «tempificazione» in fasi del ricovero;

— convocare per ogni DGR un gruppo di progetto per analizzare e programmare gli aspetti organizzativi del ricovero e decidere il tempo *standard* per ricovero;

— sperimentare il DRG con ricovero *standard*, dando ai pazienti un giorno preciso di ricovero al momento della visita ambulatoriale.

Inoltre, la USSL di Cernusco ha già avviato una serie di iniziative, sempre nell'ambito di questo progetto, di riduzione della degenza media, che costituiscono il naturale proseguimento della fase di riprogettazione dei ricoveri ordinari. In particolare, hanno preso avvio, già dal mese di settembre 1997, alcune azioni e proposte sulla riduzione della durata della degenza attraverso la riprogettazione dei processi di supporto al ricovero giudicati maggiormente critici:

— la razionalizzazione e la programmazione dell'attività di sala operatoria coerentemente alla programmazione degli ingressi per ricoveri ordinari;

— la riduzione dei tempi di refertazione per esami radiodiagnostici dei pazienti ricoverati (entro le 24 ore);

— la riduzione dei casi di DRG «oltre soglia» in medicina generale;

— l'introduzione del *day hospital* chirurgico per operare i pazienti il giorno stesso del ricovero.

Gli autori ringraziano il direttore generale della USL 27, Regione Lombardia, Humberto Pontoni e il suo *staff*: dottori Barbieri, Maistrello, Minerva.

(1) H. Pontoni *et al.* (1996).

(2) Per *case-load* si intende la dimensione minima di casi all'anno in grado di sviluppare adeguate esperienze organizzative e cliniche.

(3) Come più avanti precisato, il valore atteso di degenza media può essere definito o sulla base della media storica o assumendo uno *standard*-obiettivo definito dall'azienda stessa.

(4) Tuttavia, affinché una frequenza relativa possa essere assunta come misura di probabilità, le prove devono essere svolte nelle stesse condizioni ed in presenza di tutti i riscontri empirici, la quale cosa è, evidentemente, im-

Tabella 13 - Fasi del progetto di introduzione del percorso di ricovero programmato

SPERIMENTAZIONE	PRECONDIZIONI	A REGIME
<ul style="list-style-type: none"> ● Individuazione dei casi (DRG) da sperimentare ● Individuazione dei gruppi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> ● Analisi della domanda e dell'offerta per la definizione delle priorità e competenze distintive per la USSL ● Scelta del <i>case-mix</i> e del <i>case-load</i> ● Differenziazione/specializzazione delle strutture di offerta ● Definizione dei percorsi di ricovero (<i>standard</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestione programmata degli ingressi in reparto
↓	↓	↓
<p>Individuazione delle principali problematiche e delle possibili soluzioni, per la realizzazione di un ricovero programmato (rapporti con altre u.o., quali accettazione, ambulatori, servizi diagnostici, sale operatorie, trasferimenti; esigenze di microriorganizzazione dei reparti; introduzione nuove procedure amministrative; ecc.)</p>	<p>Indicazioni operative a tutte le u.o. coinvolte e agli operatori del reparto</p>	<p><i>Case manager</i></p> <p>Accettazione unificata</p> <p>Ampliamento del concetto di «percorso» ricomprendendo le fasi pre e post ricovero</p>

possibile. Quindi, il concetto di probabilità statistica sintetizza l'aspettativa nei confronti di un fenomeno che si stabilisce in base alle conoscenze oggettive, alle conoscenze personali ed alla frequenza dell'evento stesso.

(5) L'importanza della distribuzione normale e della curva relativa (curva di Gauss) risiede nel fatto che un fenomeno, influenzato da più fattori, si distribuisce secondo tale curva.

L'equazione (o meglio la funzione di densità di probabilità) della curva che la rappresenta graficamente è la seguente:

$$Y = \frac{1}{\sigma \sqrt{2\pi}} e^{-\frac{1}{2} \left(\frac{x-\mu}{\sigma}\right)^2}$$

dove:

= media della distribuzione

e = base dei logaritmi neperiani (2,71828)

σ = scarto quadratico medio

π = pi greco, costante nota (pari a 3,14151..).

(6) Nella figura 1, inoltre, si può notare che l'area sottesa all'intera curva di Gauss è pari a 1 (100%), mentre la misura dell'integrale tra due punti lungo l'asse delle x rappresenta la probabilità che l'evento si compie tra i due eventi.

(7) Nella terminologia statistica, per modalità si intende ogni modo diverso con cui si presenta il fenomeno oggetto di studio.

(8) La funzione di densità di probabilità cumulata descrive la probabilità che un evento sia minore o uguale al valore considerato della variabile. Tale probabilità è data dall'integrale tra meno infinito ed il valore della variabile.

(9) Si tralascia, in questa sede, la rappresentazione dei dati statistici e delle distribuzioni normali per giorno della settimana e per mese dell'anno.

(10) Come risultato finale, il modello di simulazione suggerisce un valore minimo di ricoveri ordinari da effettuare lungo il periodo di riferimento collegato ad un rischio minimo di non poter ricoverare pazienti urgenti, dato un valore atteso di durata della degenza per ricoveri urgenti e ordinari. Si parla di valore minimo di ricoveri programmabili in quanto le previsioni legate ai ricoveri da pronto soccorso sono «pessimistiche», ovvero legate ai valori più o meno bassi di probabilità.

I principali limiti del modello possono essere costituiti da:

— non «normalità» della distribuzione;

— scarsa significatività e rappresentatività del campione di riferimento (l'errore campio-

nario può risultare più o meno elevato a seconda dei fenomeni di distorsione presenti nel campione: ad esempio, può verificarsi l'impossibilità di utilizzare informazioni sui pazienti del pronto soccorso che non hanno potuto essere ricoverati, e che non sono compresi nel campione, o sui pazienti già ricoverati prima della data di inizio del periodo di riferimento del campione);

— errori legati ai dati (omissione di unità statistiche, incompletezza, informazioni sbagliate, duplicazioni delle rilevazioni).

BIBLIOGRAFIA

- HAMMER M. AND J. CHAMPY (1994), *Reengineering the corporation*, HarperCollins Publishers, New York.
- HAMMER M. AND S. STANTON (1995), *The reengineering revolution*, HarperCollins Publishers, New York.
- PONTONI H., BARBIERI P., MAISTRELLO M., MINERVA M., REBORA E. (1996), *Analisi della domanda e dell'offerta di prestazioni ospedaliere in una azienda U.S.L. attraverso l'impiego delle schede di dimissione*, *Mecosan*, 17:76-82.

LA SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET IN MEDICINA GENERALE NELL'AZIENDA USL DI IMOLA

di A. Minardi, F. Veronese, D. Vallicelli, M.C. Tassinari

Azienda USL di Imola (BO)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Analisi del contesto aziendale - 3. Progetto di *budget* in medicina generale per il 1997 - 4. Obiettivi di *budget* - 5. Sistema premiante - 6. Le fasi e i tempi del processo di programmazione-controllo - 7. Conclusioni.

1. Introduzione

Tutti i sistemi sanitari che hanno avviato processi di trasformazione e rinnovamento generale hanno dedicato particolare attenzione alla riforma dei comparti della medicina di base.

È infatti risultato evidente dalle esperienze degli ultimi anni che un miglioramento del rapporto costo-efficacia delle attività sanitarie non può prescindere da una radicale ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale, del suo rapporto con i servizi territoriali organizzati nel distretto, del suo grado di integrazione con il presidio ospedaliero.

Rendere i medici di medicina generale parte integrante e «compartecipe» delle logiche di una organizzazione sanitaria che si è trasformata in senso aziendale, è il prerequisito per porsi nelle condizioni di orientare e razionalizzare in modo significativo la domanda, spostando parte delle attività sanitarie dall'ospedale al territorio e incrementando efficacia ed efficienza del sistema.

L'Accordo collettivo nazionale (D.P.R. n. 484/96) per i medici di medicina generale contiene importanti novità per questo processo di rinnovamento:

— la presenza di un meccanismo di retribuzione a quota variabile vincolato al raggiungimento di obiettivi da concordare;

— il rispetto dei livelli di spesa programmati;

— la trattativa decentrata a livello regionale;

— la gestione del contratto a livello aziendale;

— la sperimentazione di forme di associazionismo medico;

— l'avvio di un processo che garantisca nel medio periodo la continuità assistenziale.

L'Accordo collettivo nazionale, seguendo in una certa misura lo spirito dei decreti legislativi 502/92 e 517/93, non solo non entra in dettagli operativi, ma lascia ampi margini di scelta nelle interpretazioni tecniche e culturali del testo. Il rispetto dei livelli di spesa programmati, per esempio, come si deduce dagli articoli 70 e 72 dell'accordo, potrebbe essere concepito sia come un obiettivo di natura strettamente finanziaria («tetto di spesa») sia come un obiettivo più complesso di natura non tanto finanziaria quanto economica, con insiti, per definizione, obiettivi di efficacia e di qualità.

Il quadro dei principi teorici e dei presupposti generali sul quale l'AUSL

di Imola ha avviato la propria sperimentazione, è espresso nell'accordo tra azienda e sindacato FIMMG provinciale.

«... Il riordino del SSN ha d'altra parte fatto emergere un bisogno complessivo di riorganizzazione delle logiche di funzionamento del sistema a partire dal principio che le risorse sono fissate e che occorre massimizzare la quantità di salute che è possibile generare con le risorse assegnate.

Questo impone una attenta selezione di prestazioni e servizi di provata efficacia e la contestuale eliminazione di quelli di manifestata inefficacia, la ricerca di percorsi che massimizzano il rapporto costo-efficacia, rispetto alle patologie ed ai pazienti, e le eventuali definizioni di priorità assistenziali a fronte di risorse finite.

Questa logica rilancia quindi, come assoluta convenienza aziendale, la prevenzione e l'educazione, la ricollocazione di prestazione nella sfera dei medici di medicina generale, il tutto contemporaneamente ad un processo analogo all'interno dell'ospedale, perché in questo modo si migliora il rapporto costo-efficacia (ad esempio ADI invece di ricovero). Come conseguenza dell'aziendalizzazione, l'ambito delle cure primarie

ritorna quindi con forza al centro del sistema, come del resto hanno dimostrato le principali esperienze di riforma internazionale.

Per fare ciò è importante che i medici di famiglia nel futuro siano sempre più coinvolti nella fase di definizione degli obiettivi dell'azienda, garantendone la corresponsabilità attuativa. Infatti la riforma riuscirà a raggiungere tali obiettivi soltanto attraverso il diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale nella individuazione delle strategie assistenziali dell'azienda ...».

2. Analisi del contesto aziendale

L'azienda sanitaria di Imola si caratterizza per la presenza di un unico distretto (103.000 abitanti) e di un presidio ospedaliero dotato di 483 posti letto.

La *mission* aziendale afferma:

«... La centralità del cittadino è il valore fondante dell'organizzazione, che si concretizza attraverso l'operare integrato di tutte le risorse ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali, nel rispetto dell'equilibrio economico ed in coerenza con gli indirizzi legislativi.

L'azienda sceglie le priorità in base a criteri di appropriatezza e contribuisce a promuovere una cultura della salute orientata verso comportamenti adeguati ...».

Imola è una città con forte tradizione ospedaliera e con un tasso di spedalizzazione tra i più elevati d'Italia (250 ricoveri per mille abitanti nel 1996).

A partire dal 1994, dopo il processo di aziendalizzazione, l'associazionismo dei MMG è stato promosso dalla Direzione generale che ha messo a disposizione dei medici risorse strutturali ed organizzative tese ad aumentare l'area delle competenze del medico di medicina generale.

In questo contesto è stato promosso lo sviluppo del servizio infermieristico domiciliare e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per l'assistenza sanitaria domiciliare fondata sulla centralità del medico di base e sulla consulenza a domicilio dello specialista ospedaliero.

È stata favorita la informatizzazione degli studi dei medici di medicina generale che hanno adottato un unico programma per la gestione della cartella clinica.

È inoltre stato attivato, nell'ambito del piano qualità aziendale, uno specifico progetto per la riduzione delle liste di attesa relative alla specialistica ambulatoriale, fondato sulla appropriatezza delle prestazioni richieste, che ha coinvolto medici di base ed ospedalieri.

La disponibilità di un sistema informativo avanzato consente di mettere a disposizione dei MMG le informazioni relative al controllo delle attività rivolte ai propri assistiti.

Gli 87 medici di medicina generale si sono aggregati funzionalmente in nove *team* identificati per area territoriale; ogni *team* può essere costituito da medici singoli, medicine di gruppo o reti di medici, secondo combinazioni diversificate (tabella 1: situazione al 1° luglio 1997).

In questo contesto è stata proposta la sperimentazione di un sistema di *budget* per i MMG inteso come insieme

di obiettivi sanitari e di risorse correlate.

Tale sperimentazione prevede, dopo la fase di negoziazione, l'assegnazione di una serie di obiettivi di *budget*, la maggior parte dei quali è rivolta ai *team* e la minor parte ai singoli medici, al fine di favorire processi di confronto culturale, di formazione tra pari e di integrazione tra sanitari, anche con lo scopo di ridurre la variabilità dei singoli comportamenti e di far crescere gli ambiti di consenso attorno a pratiche suffragate da evidenze scientifiche.

3. Progetto di budget in medicina generale per il 1997

Nell'accezione scelta dall'azienda Usl di Imola il *budget* rappresenta uno strumento di programmazione e controllo, che definisce obiettivi sanitari di attività e correlati volumi di spesa indotta, che possono essere in aumento o in diminuzione a seconda degli obiettivi di attività.

Il *budget* non è quindi considerato un tetto di spesa. L'introduzione di tetti di spesa può infatti costituire un pericolo per la medicina generale, orientandola verso obiettivi finanziari invece che di efficacia sanitaria.

Il *budget* non è neppure considerato un fondo di acquisto di prestazioni, come invece succede nell'esperienza inglese, dove i medici sono definiti *fundholder* e non *budgetholder*.

Tabella 1 - Composizione dei *team* al 1° luglio 1997

Team numero	Medici aderenti	Assistiti
1	11	11.688
2	11	14.660
3	11	13.098
4	9	7.022
5	13	11.231
6	8	11.165
7	8	9.217
8	9	8.303
9	7	7.204

L'obiettivo del *budget* come strumento di programmazione e controllo consiste nel riqualificare l'attività della medicina generale, supportandola nel definire percorsi e portafogli di attività che aumentino l'efficacia complessiva dell'azione sanitaria e permettano di traslare parte delle attuali attività e servizi dell'ospedale al territorio.

Nel progetto dell'azienda USL di Imola, il sistema di *budget* prevede l'introduzione di un sistema premiante, sia in termini economici che in termini di risorse strutturali e organizzative messe a disposizione dei medici di base, essenzialmente connesso alla appropriatezza nell'utilizzo delle risorse del SSN.

Il sistema di *budget* è un processo continuo: gli obiettivi di *budget* vengono fissati di anno in anno e possono essere rinegoziati anche durante l'anno.

Il ciclo del *budget* proposto (relativo al secondo semestre 1997) si articola nelle seguenti fasi:

1) presentazione delle Linee guida aziendali per l'anno 1997 (19 aprile 1997);

2) corso di formazione per MMG e presentazione delle schede di *budget* (12-17 maggio 1997);

3) definizione analitica degli obiettivi e proposta degli indicatori da parte della Commissione tecnica mista (a partire dal 27 maggio 1997);

4) accordo generale con le organizzazioni sindacali;

5) definizione, in accordo con le OO.SS. del progetto di *budget* 1997, con individuazione dei relativi obiettivi;

6) consegna delle schede ai *team*;

7) definizione degli obiettivi e dei relativi incentivi tra i *team* e l'azienda;

8) predisposizione da parte dell'azienda di un sistema di *reporting* trimestrale sui dati di attività e loro

consegna ai singoli *team* (la prima revisione del periodo luglio-settembre 1997 è avvenuta tra il 9 e il 15 dicembre 1997);

9) verifica del raggiungimento degli obiettivi ed erogazione degli incentivi;

10) riprogrammazione degli obiettivi in conseguenza della verifica.

4. Obiettivi di *budget*

Il progetto di *budget* prevede una serie di obiettivi (di seguito elencati) che sono diretti verso i diversi ambiti di attività del medico di medicina generale.

Si è infatti ritenuto improprio (oltre che potenzialmente capace di produrre distorsioni) puntare unicamente al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna, come di fatto è avvenuto nella quasi totalità delle esperienze condotte in Italia.

Obiettivi:

1) elaborazione e/o applicazione di linee guida per (1A) antiipertensivi, (1B) antibiotici, (1C) antiulcera;

2) consumo appropriato degli esami di laboratorio;

3) riduzione del tasso di ospedalizzazione per le patologie di area medica per le quali i ricoveri possono essere «influenzati» dai MMG;

4) appropriatezza di alcuni esami di diagnostica strumentale (ecografia, ecodoppler vascolare, attività cardiologica);

5) accessibilità all'ambulatorio del MMG;

6) potenziamento dell'*home-care* per patologie specifiche;

7) sviluppo dell'associazionismo medico.

In particolare, gli obiettivi indicati devono tendere al consolidamento di comportamenti uniformi e condivisi

dai professionisti, orientati secondo le indicazioni emergenti a livello di bibliografia medica nazionale ed internazionale favorendo, attraverso questo processo, una più completa integrazione fra medicina del territorio e medicina ospedaliera.

4.1. Obiettivo 1A. Applicazione di linee guida per antiipertensivi

La Commissione tecnica aziendale ha convenuto sulla opportunità di generalizzare l'adozione per tutti i medici di medicina generale della azienda USL di Imola delle linee guida elaborate, su base volontaria, da alcuni colleghi aderenti, insieme a specialisti ospedalieri, ad un progetto denominato S.Ef.A.Be.Ne.

Tali linee guida propongono, quali farmaci di prima scelta per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, i beta-bloccanti ed i diuretici. Tali farmaci, infatti, presentano una documentazione certa di efficacia, in quanto *trials* clinici randomizzati hanno permesso di dimostrare che il loro utilizzo determina, a distanza, sia una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori (per i quali l'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio) che della mortalità. Le stesse linee guida individuano inoltre analiticamente le specifiche controindicazioni per gli stessi principi attivi.

Si riporta di seguito (tabella 2) il consumo medio 1996 di farmaci antiipertensivi nell'azienda USL di Imola (in per cento di DDD su tutti i farmaci cardiovascolari che trovano indicazione per l'ipertensione).

In base ai dati di utilizzo 1996, che mostrano come sia preponderante l'utilizzo di calcio-antagonisti, di ace-inibitori e della associazione ace + diuretici (74.08%) su quello di beta-bloccanti e diuretici (22.12%), è stato formulato l'obiettivo aziendale 1997, tenendo conto che il progetto di

budget riguarda solo il secondo semestre 1997 (tabella 2). Sono stati in seguito formulati gli obiettivi riguardanti i singoli *team* (tabella 3).

Nella formulazione quantitativa di questi obiettivi, è stato tenuto conto del dato storico dei *team*, in modo da formulare obiettivi che richiedano sforzi equipollenti.

4.2. Obiettivo 1B. Riduzione della terapia antibiotica per via iniettiva

L'obiettivo si propone, per il secondo semestre 1997, la riduzione proporzionale della prescrizione degli antibiotici (penicilline e cefalosporine) somministrabili per via parenterale nel rispetto della nota 55, sostituendoli con antibiotici per via orale.

Entro il primo trimestre 1998 dovranno inoltre essere definite linee guida per migliorare il trattamento delle infezioni delle vie aeree superiori ed inferiori e delle vie urinarie; nel corso del 1998, obiettivo di *budget* sarà l'applicazione di tali linee guida.

L'obiettivo 1B trova giustificazione in base alle seguenti considerazioni:

— gli antibiotici sono farmaci particolari in quanto un loro uso inappropriato può comportare conseguenze negative non solo per il singolo paziente ma per l'intera comunità, accrescendo il rischio di resistenze batteriche;

— gli antibiotici iniettabili sono farmaci particolarmente costosi e un loro impiego deve quindi trovare una giustificazione ben precisa, esistendo possibili alternative ugualmente effi-

caci, somministrabili per via orale e meno costose;

— la somministrazione parenterale di un antibiotico (come per altri farmaci) comporta precauzioni d'uso e avvertenze precise, che devono essere conosciute e osservate se si vogliono evitare effetti indesiderati spiacevoli;

— la somministrazione parenterale di un antibiotico (come per altri farmaci) comporta comunque un disagio maggiore e qualche rischio aggiuntivo

Tabella 2 - Farmaci antiipertensivi: consumi aziendali 1996 e obiettivi di budget 1997

AZIENDA USL DI IMOLA		
Farmaci antiipertensivi espressi in % di DDD (dosi giornaliere standard)		
Principio attivo	Anno 1996	Obiettivo aziendale 1997
Beta-bloccanti	7.16	24.00 (o maggiore)
Diuretici	12.75	
Associazioni beta-bloccanti + diuretici	2.21	
Totale parziale	22.12	
Calcio-antagonisti	34.97	72.00 (o minore)
Ace-inibitori	26.16	
Associazioni ace-inibitori + diuretici	12.95	
Totale parziale	74.08	
Altri farmaci	3.80	100.00
Totale globale	100.00	

Tabella 3 - Farmaci antiipertensivi: consumi 1996 suddivisi per team e obiettivi di budget 1997

AZIENDA USL DI IMOLA										
Antiipertensivi espressi in % di DDD										
Gruppi terapeutici	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Team 6	Team 7	Team 8	Team 9	Media azienda
Beta-bloccanti	5.15	10.87	7.64	6.65	7.43	6.25	5.47	7.64	6.23	7.16
Diuretici	14.13	15.75	10.65	9.49	12.57	12.87	11.83	12.03	15.31	12.75
Associazioni beta-bloccanti + diuretici	2.51	2.33	2.17	3.06	1.78	2.14	1.31	3.85	0.91	2.21
Totale parziale	21.79	28.95	20.46	19.20	21.78	21.26	18.61	23.52	22.45	22.12
Obiettivo proposto dall'azienda per il 1997	+3	+0.5	+3	+4	+3	+3	+4	+2	+2	+2
Obiettivo negoziato per il 1997	+1.50	+0.25	+1.50	+2	+1.50	+1.50	+2	+1	+1	+1
Calcio-antagonisti	33.60	31.78	37.05	33.66	35.60	34.04	38.75	36.01	33.69	34.97
Ace-inibitori	24.60	26.91	27.89	25.93	27.74	22.17	23.97	25.59	30.35	26.16
Associazioni ace-inibitori + diuretici	16.43	9.24	11.69	17.14	10.34	16.81	14.97	11.01	11.19	12.95
Totale parziale	74.63	67.93	76.63	76.73	73.58	73.02	77.69	72.61	75.23	74.08
Obiettivo proposto dall'Azienda per il 1997	-4	-0.5	-4	-4	-3	-3	-5	-2	-4	-2
Obiettivo negoziato per il 1997	-2	-0.25	-2	-2	-1.50	-1.50	-2.50	-1	-2	1
Altri farmaci	3.59	3.12	2.91	4.08	4.54	5.73	3.70	3.87	2.32	3.80
Totale globale	100.00									

per il paziente rispetto alle formulazioni orali.

4.3. Obiettivo 1C. Incremento della appropriatezza nell'uso dei farmaci antiulcera

L'obiettivo si propone di migliorare la presa in carico dei pazienti con diagnosi di ulcera e dispepsia, definendo a priori, per ogni *team*, il protocollo prescelto di terapia eradicante l'*Helicobacter Pylori*, anche con l'ausilio delle linee guida elaborate nell'ambito del progetto S.Ef.A.Be.Ne, e prevede una riduzione nell'utilizzo di H2-antagonisti e di inibitori di pompa, per la quota parte in cui essi vengono utilizzati in ambiti inappropriati.

Come è noto, il razionale di utilizzo dei farmaci sovramenzionati prevede (fatte salve eccezioni limitate) un utilizzo limitato nel tempo.

A questo proposito tali farmaci non devono essere utilizzati quali gastroprotettori nel corso di terapie con *fans*, farmaci questi ultimi che per altro andrebbero utilizzati per periodi definiti e non in cronico.

A scopo gastroprotettivo vanno utilizzati farmaci quali prostaglandine e sucralfato, dei quali si propone un incremento, seppure non quantificato.

Pertanto l'obiettivo viene quantificato in termini di DDD assolute (tabella 4).

4.4. Obiettivo 2. Consumo appropriato degli esami di laboratorio

Per razionalizzare la domanda di esami di laboratorio, il servizio «Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche» del presidio ospedaliero dell'AUSL di Imola ha fornito alcuni dati statistici e alcune raccomandazioni relative all'appropriatezza delle richieste, sulla base delle quali è stato formulato l'obiettivo di *budget* per il secondo semestre 1997.

Dai dati consuntivi del 1996 emerge che la media degli esami indicati per singola richiesta è di 5; inoltre il 37,7% delle richieste di esami di laboratorio comprende un unico esame, il

38,7% da 2 a 8 esami, il 21,4% da 9 a 16 esami, il 2,3% più di 16 esami.

Si rileva inoltre che, secondo una prassi oramai consolidata, alcune analisi vengono richieste più frequentemente di altre.

Tra queste, a titolo di esempio, ne vengono elencate alcune con indicazione delle relative percentuali di presenza nella singola richiesta medica:

Esame emocromocitometrico.....	55%
Esame urine	54%
VES.....	21%
Ferro.....	14%
Urea.....	11%
Bilirubina totale.....	9%
Fibrinogeno	8%

L'obiettivo di *budget* proposto si articola nel modo seguente:

a) riduzione tendenziale per tutti i *team* delle richieste con più di 9 esami (che per il 1996 costituiscono il 23,7% del totale) e consensuale decremento tendenziale degli esami complessivamente richiesti.

Tabella 4 - Farmaci «antiulcera»: consumi 1996 e obiettivi di *budget* 1997

AZIENDA USL DI IMOLA										
«Anti-ulcera» - Quadro sinottico di tutti i nove <i>team</i> (DDD x 1000 assistiti pesati)										
	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Team 6	Team 7	Team 8	Team 9	Media azienda
<i>Principi attivi per i quali si propone un decremento</i>										
H2-antagonisti	8.32	8.18	6.10	5.85	3.96	6.21	7.82	6.75	4.72	6.54
Obiettivo proposto dall'azienda per il 1997.....	-0.50	-0.50	-0.30	-0.20	=/<	-0.30	-0.40	-0.30	=/<	-0.30
Obiettivo negoziato per il 1997	<	<	<	<	<	<	<	<	<	<
Inibitori di pompa	6.65	5.43	5.82	5.05	5.24	6.25	5.16	4.61	6.67	5.66
Obiettivo proposto dall'azienda per il 1997.....	-0.40	-0.10	-0.30	=/<	=/<	-0.40	=/<	=/<	-0.40	-0.20
Obiettivo negoziato per il 1997	<	<	<	<	<	<	<	<	<	<
<i>Principi attivi per i quali si propone un incremento</i>										
Prostaglandine	0.34	0.28	0.70	0.45	0.63	0.59	0.66	0.76	0.89	0.57
Obiettivo tendenziale.....	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>
Sucralfato	1.03	1.19	1.88	1.33	2.16	1.57	2.52	2.89	2.15	1.82
Obiettivo tendenziale.....	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>

Questo riduzione potrebbe essere realizzata agendo, in particolare, sugli esami più frequentemente richiesti.

Infatti, questi ultimi, soprattutto se inseriti nell'ambito di prescrizioni con più di nove esami, non hanno sempre un valore chiaramente definito per l'iter diagnostico, ma vengono richiesti sulla base di un meccanismo abitudinario volto a verificare quanti più parametri possibili; ciò tra l'altro contrasta con la constatazione che esiste un rapporto inverso tra numero di accertamenti richiesti e probabilità di pervenire ad una diagnosi corretta;

b) individuazione di «patologie traccianti» per le quali elaborare e condividere (insieme agli specialisti ospedalieri) nuovi protocolli inerenti un uso appropriato degli esami di laboratorio.

4.5. Obiettivo 3. Riduzione del tasso di spedalizzazione per alcuni DRG di area medica

Questo obiettivo mira a realizzare il miglioramento della presa in carico di alcune categorie di pazienti.

Il miglioramento della presa in carico deve determinare, come conseguenza, anche una diminuzione dei ricoveri ospedalieri soprattutto nel caso di patologie per le quali l'intervento del MMG rappresenta una valida alternativa alla spedalizzazione.

A questo proposito la commissione tecnica ha individuato alcuni DRG di area medica su cui si ritiene che il MMG possa influire in maniera significativa (tabella 5).

Il risultato atteso per il secondo semestre 1997 è una diminuzione tendenziale del tasso di spedalizzazione sui DRG medici individuati in sede di commissione tecnica; per il 1998 tale indicatore verrà affiancato dalla durata della degenza media, ed integrato con il numero di ADI (cfr. obiettivo 6)

attivate relative ad alcune patologie comprese entro tali DRG.

4.6. Obiettivo 4. Incremento della appropriatezza di alcuni esami di diagnostica strumentale (ecografia addominale, ecodoppler vascolare periferico) e rispetto di volumi predefiniti

Il progetto di «Sviluppo della qualità dei servizi» promosso dall'azienda USL di Imola ha proposto di concentrare l'attenzione per la parte diagnostica su alcune tipologie di accertamenti. Sono state prese in considerazione ecografia addominale ed ecodoppler vascolare periferico, che nel 1996 hanno presentato tempi di attesa particolarmente lunghi ed una appropriatezza di invii da migliorare.

A tal fine un gruppo di lavoro misto appositamente costituito e composto dai medici referenti dei *team* e dagli specialisti ospedalieri, ha proposto delle linee guida sulle indicazioni alla esecuzione di dette indagini.

Il raggiungimento dell'obiettivo viene verificato attraverso:

a) la misurazione della appropriatezza prescrittiva;

b) il rispetto di un volume di prestazioni definito per ogni *team*, in base alla popolazione assistita pesata.

La scheda di *budget* contiene il volume di prestazioni assegnato ad ogni *team* in base alla popolazione assistita e al sistema di pesatura regionale specifico.

4.7. Obiettivo 5. Accessibilità all'ambulatorio

Questo obiettivo è individuale (e facoltativo) e rientra tra gli obiettivi di *budget* (ed è oggetto di incentivo) solo per i medici non associati.

Per gruppi e reti, l'incremento dell'orario di ambulatorio (secondo i criteri di seguito esposti) viene già incentivato nell'ambito del contratto specifico, dal momento che quote capitarie incrementali vengono corrisposte anche a fronte del rispetto di determinati orari.

L'obiettivo si propone di migliorare l'accessibilità all'ambulatorio del MMG attraverso un adeguamento delle fasce orarie di apertura dell'ambulatorio ed il monitoraggio dei sistemi organizzativi e dei supporti tecnologici già adottati dai MMG.

Indicatori:

— i MMG che aderiscono all'obiettivo dovranno, entro il mese di agosto 1997, comunicare al servizio di medicina di base i nuovi orari di apertura, resi corrispondenti rispetto

Tabella 5

DRG di area medica oggetto di <i>budget</i>		
	88	Malattie polmonari cronico ostruttive
	127	Insufficienza cardiaca e <i>shock</i>
	183	Esafagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17, senza complicanze
	134	Ipertensione
	90	Polmonite semplice e pleurite
	89	Polmonite semplice e pleurite con complicanze
	243	Affezioni mediche del dorso
	65	Turbe dell'equilibrio
	142	Sincope e collasso
	429	Disturbi organici e ritardo mentale
	25	Accesso epilettico e cefalea età > 17 anni
	133	Aterosclerosi

al debito orario calcolato in base alle tabelle 6 e 7;

— tutti i medici convenzionati dovranno altresì comunicare il tipo di sistema organizzativo e di supporti tecnologici in adozione (tabella 8).

Ci si attende che un aumento dell'accessibilità al MMG riduca gli accessi impropri al pronto soccorso.

Ogni medico di medicina generale deve essere presente per almeno quattro giorni alla settimana quando nel quinto sia impegnato in altre attività previste dalla convenzione, come consulti con specialisti, accessi in luogo di ricovero, assistenza a pazienti non deambulanti, altrimenti la sua presenza deve essere garantita per cinque giorni la settimana.

— pazienti affetti da AIDS in fase terminale;

— pazienti con scompenso cardiaco secondo i criteri concordati con la divisione di cardiologia;

— pazienti con pneumopatia cronica;

— attivazione dell'ADI per gli anziani non autosufficienti;

— pazienti con patologia acute e subacute proposti dai medici di base in alternativa al ricovero (es. tromboflebite, accidenti vascolari, broncopneumite ecc.).

Tabella 6

	Medico singolo	Medicina di gruppo o medicina in rete
Per le prime 300 scelte, almeno un'ora settimanale per ogni.....	45 assistiti	50 assistiti
Per le scelte da 301 a 600, almeno un'ora settimanale per ogni.....	65 assistiti	70 assistiti
Per le scelte da 601 a 900, almeno un'ora settimanale per ogni.....	75 assistiti	80 assistiti
Per le scelte da 901 a 1500, almeno un'ora settimanale per ogni.....	90 assistiti	100 assistiti

4.8. Obiettivo 6. Potenziamento dell'home care e dell'ADI per patologie specifiche

Questo obiettivo si propone di incrementare l'assistenza sanitaria domiciliare per alcune patologie e/o problematiche:

— pazienti oncologici in fase terminale;

Tabella 7

	Medico singolo	Medicina di gruppo o medicina in rete
Debito orario per le prime 300 scelte	6 h 45'	6 h
Debito orario per le scelte da 301 a 600.....	4 h 30'	4 h 15'
Debito orario per le scelte da 601 a 900.....	4 h	3 h 45'
Debito orario per le scelte da 901 a 1500.....	6 h 45'	6 h
Per un numero complessivo di 1500 assistiti, il minimo impegno orario è.....	22 ore	20 ore

Tabella 8 - Monitoraggio dei sistemi organizzativi e dei supporti tecnologici adottati dai medici di medicina generale

TEAM N. ...										
Medico	Visite per appuntamento		Cellulare reso noto		Segreteria telefonica				Fax	
	Esistenti	In progetto	Esistente	In progetto	Ambulatorio		Casa		Esistente	In progetto
					Esistente	In progetto	Esistente	In progetto		
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza il MMG può avvalersi della consulenza specialistica domiciliare e del supporto infermieristico e organizzativo del distretto.

Il risultato atteso è di assistere in linea alla fine del 1997 60 pazienti contro 30 del 1996.

4.9. Obiettivo 7. Sviluppo dell'associazionismo medico

Con questo obiettivo si propone un incremento dell'associazionismo medico sia in forma di medicina di gruppo che di medicina in rete.

Nella consapevolezza che la possibilità da parte dei medici di confrontarsi continuamente e di condividere alcuni servizi favorisce un miglioramento complessivo della qualità e dei livelli di assistenza, l'Azienda sanitaria si impegna a favorire le diverse forme di associazione anche mettendo a disposizione risorse strutturali ed organizzative ed a incentivare economicamente i medici associati in forma crescente in relazione ai servizi offerti per l'insieme degli assistiti.

Pertanto i medici interessati a costituirsi in associazione di medicina di gruppo o in rete, dovranno fare formale richiesta all'Azienda sanitaria. Appositi contratti saranno formalizzati per ogni associazione.

5. Sistema premiante

Gli obiettivi definiti dall'azienda USL di Imola sono riconducibili a tre tipologie.

Quelli individuati dal punto 1 al punto 4 sono riferiti a strategie di applicazione di linee guida e al rispetto di pacchetti per attività; possono essere suscettibili di determinare liberazione di risorse; il meccanismo incentivante è diretto ai *team*. Per questi obiettivi l'incentivo è commisurato al

livello di raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Gli obiettivi 5 e 7 hanno natura strutturale ed organizzativa e possono essere riferiti sia al singolo medico (ampliamento orario di apertura dell'ambulatorio) sia a favorire l'associazionismo medico.

Il meccanismo premiante può essere previsto sia in termini di contributo economico che di risorse messe a disposizione dei medici associati (computer, cartella clinica informatizzata, supporto infermieristico e/o amministrativo, sede ambulatoriale). L'incentivo è connesso alla partecipazione all'obiettivo.

L'obiettivo 6 rientra nel programma aziendale di potenziamento della assistenza sanitaria domiciliare e come tale è un obiettivo di partecipazione a programmi di USL. È un obiettivo individuale ed è finanziato a caso trattato, secondo quanto stabilito dagli accordi regionali sul capo VI dell'accordo nazionale per i MMG.

Al fine di favorire l'integrazione tra MMG e promuovere la sperimentazione del *budget*, l'Azienda sanitaria di Imola mette a disposizione una quota di risorse economiche volte ad incentivare l'avvio del progetto e la realizzazione degli obiettivi in esso contenuti.

In particolare L. 100.000.000 sono finalizzati al compenso forfetario per la partecipazione alle riunioni dei *team* e al corso di formazione nella misura rispettiva di 50.000 a riunione e di 300.000 per medico che abbia partecipato al corso. La liquidazione dei compensi per la partecipazione alle riunioni di *team* avviene con cadenza trimestrale.

Inoltre è prevista una quota individuale massima di incentivazione di L. 4.600.000 per il raggiungimento degli obiettivi 1, 2, 3, 4 e 5 che è differenziata sulla base del numero di assistiti secondo i seguenti criteri:

— per i medici con un numero di scelte inferiore a 50 L. 500.000 fisse vincolato al raggiungimento dell'obiettivo del *team* di appartenenza;

— per i medici con un numero di scelte da 51 a 300 L. 1.500.000 (30%);

— per i medici con un numero di scelte da 301 a 800 L. 3.700.000 (80%);

— per i medici con un numero di scelte superiore a 801 L. 4.600.000 (100%).

L'incentivo economico, destinato agli obiettivi 1, 2, 3, 4, 5 è così suddiviso:

obiettivo 1 = 30%;

obiettivo 2 = 15%;

obiettivo 3 = 20%;

obiettivo 4 = 20%;

obiettivo 5 = 15%.

Per gli obiettivi di *team* (1, 2, 3, 4), il 50 % degli incentivi verrà attribuito al *team* e il 50% al medico singolo (o alla medicina di gruppo, considerata come un singolo medico) in modo tale che se il medico dovesse raggiungere l'obiettivo e contemporaneamente il proprio *team* lo dovesse fallire, egli avrebbe comunque diritto alla metà della gratificazione. Nel caso in cui il *team* raggiunga l'obiettivo negoziato, ogni medico aderente a quel *team* percepisce il 100% dell'obiettivo, indipendentemente dal proprio risultato individuale.

Tale impostazione risponde a una fondamentale esigenza. L'ampia disponibilità di risorse del *team* rispetto a quelle del singolo medico rende meno rigido il sistema e compensa la possibile variabilità di bisogni sanitari che può caratterizzare la popolazione assistita da un medico rispetto a quella assistita da un altro sanitario; in questo modo si può costruire un sistema «a vasi comunicanti» in cui lo splafonamento controllato di un medico nell'utilizzo di risorse può essere compensa-

to dal simultaneo minore utilizzo di un altro medico.

Questo rafforza la necessità di monitoraggio costante da parte dei medici dei dati di attività del proprio team ed inoltre promuove momenti di confronto culturale tra pari, rivolto allo studio della variabilità e in generale dell'approccio tecnico ai diversi problemi clinici.

Per gli incentivi individuali, l'incentivo verrà attribuito interamente al singolo medico.

Una ulteriore somma di L. 56.000.000 è finalizzata al finanziamento dell'obiettivo 6 (potenziamento dell'*home care*) per la parte medica (mediamente L. 500.000 per caso trattato comprensivo degli accessi del medico) secondo quanto stabilito dagli accordi regionali sul capo VI.

Per l'obiettivo 7 si concorda: l'avvio dal settembre 1997 di una medicina in rete a Castel S. Pietro (di 8 medici), di due a Imola (di 9 e 7 medici rispettivamente) e di una nella Vallata del Santerno (di 6 medici).

A parità di servizi assicurati agli assistiti, ai medici associati in rete sono assicurati gli stessi incentivi della medicina di gruppo.

6. Le fasi e i tempi del processo di programmazione-controllo

Gli obiettivi individuati sono riferiti al periodo 1° luglio 1997-30 giugno 1998.

Ai MMG verranno forniti i *reports* trimestrali prodotti dall'azienda e riferiti ai dati rilevanti per le verifiche del tendenziale raggiungimento degli obiettivi stessi.

È prevista una verifica Azienda USL-FIMMG finalizzata alla valutazione congiunta sul raggiungimento tendenziale degli obiettivi nel primo semestre di validità dell'accordo.

In tale occasione verranno evidenziati gli effetti determinati dal perse-

guimento degli obiettivi sui livelli di spesa programmati.

L'eventuale valutazione positiva comporterà accordi integrativi per l'utilizzo di quota parte delle risorse liberate, a valere per il periodo 1° gennaio 1998-30 giugno 1998.

L'azienda USL metterà a disposizione le risorse necessarie per garantire l'allargamento delle esperienze della associazione in gruppo o in rete a tutte le realtà che riterranno di volere aderire a tale sperimentazione.

7. Conclusioni

In un contesto nazionale caratterizzato da una forte spinta al contenimento della spesa pubblica, l'aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale non può perdere di vista il punto centrale della propria *mission*: salvaguardare o migliorare lo stato di salute della popolazione. L'efficienza da perseguire deve essere promossa incrementando gli interventi efficaci e contrastando quelli inefficaci.

La sperimentazione di *budget* in medicina generale che l'azienda USL di Imola ha intrapreso è fortemente ispirata a questa premessa.

Il *budget*, dunque, inteso non come tetto di spesa, ma nella sua accezione più propria di ciclo di programmazione e controllo volto a promuovere azioni e comportamenti sanitari più efficaci.

Questa sperimentazione si caratterizza altresì per il fatto che il progetto di *budget* prevede una serie di obiettivi orientati a trecentosessanta gradi rispetto all'attività del medico di medicina generale: si propone ai medici di rimodellare la propria pratica clinica riguardo ai ricoveri non meno che sulle prescrizioni farmacologiche; sull'utilizzo degli esami di laboratorio non meno che sulle richieste di diagnostica strumentale; sull'accessibilità all'ambulatorio non meno che sulla promo-

zione dell'assistenza domiciliare a pazienti impegnativi.

È stato giudicato decisivo che il progetto di *budget* vedesse il coinvolgimento di tutti i medici di medicina generale convenzionati e non solo di una parte, giudicando pericolosa una divisione all'interno del corpo dei sanitari e capace di indurre tensioni anche nei confronti degli assistiti.

Per ottenere ciò è stato promosso il raggruppamento funzionale dei medici in *team* secondo ambiti territoriali omogenei, e gli obiettivi di *budget* sono stati prevalentemente proposti non al singolo sanitario, ma appunto al *team*.

È noto infatti come soltanto attraverso una riflessione critica ed un confronto culturale tra pari sull'approccio tecnico ai diversi problemi clinici (che il gruppo promuove), sia possibile indurre cambiamenti positivi che scaturiscano dalla convinzione e che siano percepiti come rispettosi della autonomia professionale dei sanitari.

Il presente progetto è stato realizzato con la collaborazione della F.I.M.M.G. provinciale di Bologna e dei medici di medicina generale convenzionati di Imola, autori del presente lavoro, di seguito elencati: Albani Daniela, Alessandrini Luigi, Amaducci Rodolfo, Bacci Mariella, Bacchilega Loretta, Balducci Alessandra, Barzagli Maurizio, Beghini Franco, Beghini Stefano, Belluzzi Davide, Bertozzi Anna, Brusa Giorgio, Buscaroli Vanni, Cappello Pasquale, Cassetta Maria, Cava Maria, Cerbai Roberto, Cervellati Geppino, Ciacci Quinto, D'Angelo Daniela, Dima Giovanni Cesare, Ehrlich Shirley, Emiliani Silvano, Faccani Gino, Fedele Enrico, Filippone Vittorio, Fiorentini Delia, Fino Nunzia, Fiorini Stefano, Florio Maria Assunta, Franceschini Lorian, Gaddoni Giacomo, Gamberini Vittorio, Gardelli Sergio, Giovannini Nadia, Gliozzi Giovanni Maria, Ko Myung-Ja, Iosa Eros, Lincei Lavinia, Malavolta Gabriella, Mangiaferri Giulia, Marocchi Mauro, Martelli Marisa, Matteucci Nerio, Merli Roberto, Mirri Gian Franco, Mita Terziano, Musa Enrico, Naldoni Alberta, Nanni Marina, Neri Norveo, Normanni Normanno, Orselli Daria, Orselli Maria Alessandra, Palestini Saida, Palumbo Luciano, Parenti Mario, Pasotti

Danilo, Piersanti Pierluigi, Poggi Donatella, Roncassaglia Massimo, Ruggi Marco Remo, Salvini Silvana, Sandrini Bruno, Sasdelli Giacomo, Senaldi Roberto, Servadei Claudio, Spada Catia, Spadoni Giuliana, Stefani Gianpaolo, Suzzi Fabio, Suzzi Maurizio, Suzzi Violana, Tabanelli Paola, Taffache Mustafa, Treve Madalena, Veronese Enzo, Visca Maria Rosa, Zannotti Leonardo, Zirone Vincenzo.

BIBLIOGRAFIA

BORGONOV E., PANTI A., FATTORE G., LONGO F., VENDRAMINI E., DEL VECCHIO M. (1997), *Il budget in medicina di base. Proposte a confronto*, atti del convegno Boccioni, 23 maggio 1997.

SASSI F. (1997), *Gestione e finanziamento del-*

la medicina generale in Italia, il Mulino, Bologna.

VENDRAMINI E. (1997), *Non basta dire budget: bisogna saper scegliere*, *Occhio Clinico*; 8: 74-77.

(1990), *Practice budgets for general medical practitioner*, HMSO Books.

(1995), *Briefing on GP Fundholding*, Audit Commission.

IL BUDGET DI UN DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: PERCORSO DI UN PROGETTO

di S. Pierotti¹, M. Briani¹, A. Zangirolami², G.P. Argenti¹, E. Toniolo³, G. Tessari⁴

¹ Servizio di programmazione e controllo di gestione, Azienda ULSS 18, Rovigo - Regione Veneto

² Dipartimento di prevenzione, Azienda ULSS 18, Rovigo - Regione Veneto

³ Direzione sanitaria, Azienda ULSS 18, Rovigo - Regione Veneto

⁴ Direzione generale, Azienda ULSS 18, Rovigo - Regione Veneto

SOMMARIO: 1. La struttura dell'azienda ULSS 18 Regione Veneto - 2. Il dipartimento di prevenzione - 3. Il *budget* - 4. Gli indicatori - 5. La reportistica e i fatturati - 6. Conclusioni.

1. La struttura dell'azienda ULSS 18 Regione Veneto

Il 1° gennaio 1995 si è costituita l'azienda ULSS 18, dalla fusione delle ex ULSS 30 di Rovigo e 29 di Badia, raggiungendo un bacino di utenza di 172.765 abitanti. Questo ha comportato una profonda revisione organizzativa dei servizi territoriali e un nuovo assetto tecnico-amministrativo che si è completato con la definizione degli uffici/servizi di *line* e di *staff*.

Nell'ambito degli uffici in *staff* al Direttore generale è stato istituito il Servizio di programmazione e controllo di gestione (CdG) (Piovan, 1995), a composizione multiprofessionale, quale strumento di governo e processo direzionale che ha sviluppato tutte le funzioni di supporto necessarie per la contabilità analitica, il processo di *budget* e il *reporting* periodico.

L'esperienza acquisita dopo due anni (1996-1997) di conduzione del processo di *budget* nella nostra azienda ha consentito di focalizzare alcune problematiche relative all'applicazione di tale metodologia all'area territoriale.

2. Il dipartimento di prevenzione

In ottemperanza alla normativa vigente, la nostra azienda, con delibera del marzo 1995, ha istituito il Dipartimento di Prevenzione (DdP) (figura 1) il cui responsabile, nell'ambito delle sue funzioni, non assume compiti professionali operativi e non entra nella gestione diretta delle materie di competenza dei singoli servizi di cui il DdP stesso è composto, ma è deputato:

— al coordinamento dei progetti finalizzati del DdP;

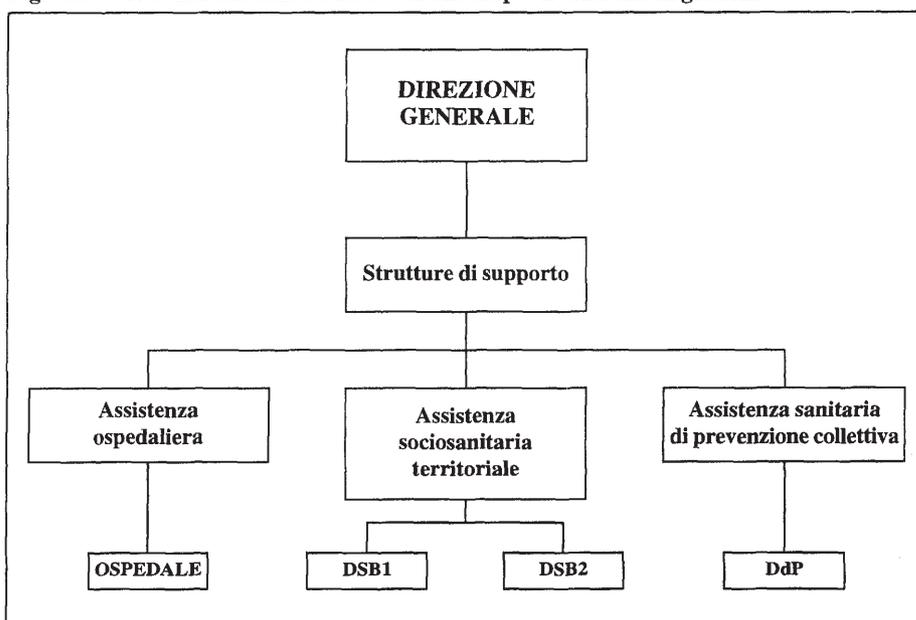
— al coordinamento del DdP con l'Agenzia regionale per l'ambiente;

— alla gestione del *budget*, delle risorse umane e finanziarie;

— all'analisi epidemiologica del fabbisogno di prevenzione (Muzzi, 1994);

— allo sviluppo dell'integrazione tra servizi;

Figura 1 - Articolazione della struttura aziendale per il controllo di gestione



— alla supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del DdP e dei servizi;

— alla diffusione degli *standard* di qualità dei servizi e al loro controllo.

Il responsabile è affiancato dagli uffici di *staff* e dai responsabili dei servizi, dotati di autonomia tecnico-professionale rispetto alla propria area di competenza, che sovrintendono all'attività a livello aziendale pur mantenendo l'operatività professionale.

Per ogni servizio si possono identificare livelli di attività periferica/territoriale, che comportano prestazioni a diretto contatto con l'utenza, o centrale/dipartimentale, che coinvolgono diverse unità operative (UO) del DdP con interventi preventivi coordinati e integrati.

I rapporti con il distretto sanitario di base (DSB) possono essere definiti di «ospitalità», in quanto non si prevede alcuna gerarchia strutturale fra DdP e DSB. Tali rapporti, però, costituiscono un punto critico dell'organizzazione territoriale, che emerge in modo evidente nell'approccio metodologico del *budget* economico di struttura (Caccia, 1994). Se, infatti, le responsabilità tecnico-funzionali delle attività distrettualizzate sono chiaramente in capo al DdP, è vero che l'utilizzo di personale e risorse proprie dei DSB per l'erogazione di tali attività può creare conflitti di ordine organizzativo che contrastano con la responsabilizzazione correlata alla gestione diretta delle risorse fino a poter provocare vere e proprie disfunzioni nell'erogazione del servizio all'utenza.

Per la migliore organizzazione delle attività «distrettualizzate» del DdP, presso la nostra azienda è stato adottato il modello della «doppia referenza»: professionale gerarchica nei confronti del responsabile del DSB, fun-

zionale nei confronti del responsabile del servizio dipartimentale. Tale modello è attuabile solo se è presente una forte integrazione tra i dirigenti del DSB e del DdP.

Qualunque sia il modello organizzativo che si intenda adottare (Caccia, 1994; Longo, 1995), è indispensabile attribuire i costi delle risorse impiegate (o la quota percentuale di utilizzo delle stesse) al centro di responsabilità (CdR) (DSB o DdP) cui venga attribuita la prestazione erogata.

Più complessa risulta la definizione delle responsabilità attribuite in ordine al raggiungimento degli obiettivi prefissati, essendo questi ultimi, nella maggior parte dei casi, fortemente integrati tra DSB e DdP. Questo impone di formalizzare, attraverso specifici e dettagliati accordi di programma, i rispettivi livelli di coinvolgimento nel raggiungimento degli obiettivi comuni.

Il modello applicato nella nostra azienda per la distribuzione della quota di incentivazione, secondo i criteri definiti dagli ultimi CCNL per la dirigenza medica, dirigenza non medica e comparto sanità, prevede l'erogazione degli incentivi, per ogni CdR, in ragione della percentuale di raggiungimento di obiettivi prefissati, secondo specifici indicatori di processo verificabili a consuntivo del periodo di riferimento. Il grado di raggiungimento degli obiettivi comuni integrati tra DdP e DSB concorrerà a definire i livelli di incentivazione sia del DdP che del DSB, ciascuno per la propria quota percentuale di coinvolgimento.

Il modello organizzativo adottato prevede, dunque, l'utilizzo di risorse condivise sulla base di programmi di attività concordati. Ciò comporta un'organizzazione integrata delle attività tra DSB e DdP, demandata alla professionalità e responsabilizzazione dei dirigenti. Eventuali aspetti con-

flittuali vengono superati dalla direzione dell'ULSS attraverso protocolli specifici (azienda S.s.l. 10, Firenze, 1994).

Per focalizzare e superare i problemi di integrazione organizzativa è prevista la figura del referente distrettuale: presso ogni sede di DSB viene identificato un dirigente del DdP (medico o veterinario) che si raccorda col responsabile del DSB sull'organizzazione delle attività distrettualizzate nei punti sanità.

3. Il budget

Gli obiettivi principali del processo di *budget* (Anessi Pessina, 1994) sono rivolti al controllo e alla razionalizzazione della spesa a fronte delle attività istituzionali prodotte. Lo spirito di tale processo è quello di introdurre efficienza gestionale e qualità nella produzione di attività sanitarie, fornendo prestazioni «efficaci» al minor costo possibile, nel rispetto dei vincoli normativi e di garanzia di mantenimento dei livelli minimi di assistenza.

Il primo problema da affrontare all'interno della gestione budgetaria, è la definizione dei CdR del DdP (Brusati *et al.*, 1996). Per consentire un corretto processo decisionale e gestionale, è fondamentale che il responsabile sia unico, ma è altrettanto importante identificare i responsabili dei servizi in cui il DdP è articolato.

I CdR devono aderire alla struttura organizzativa aziendale e raggruppano al loro interno una serie di UO rappresentate dai centri di costo (CdC) (Anessi Pessina, 1994; Brusati *et al.*, 1996).

Il grado di dettaglio nella definizione deve essere adeguato alla reale possibilità e significatività di attribuzione dei costi di fattori produttivi alle UO, a prescindere dalla definizione degli *output*.

Mentre per gli anni 1996-1997 l'articolazione del piano dei CdR e dei CdC per il DdP è quello evidenziato nelle figure 2 e 3, per il 1998 tale articolazione è stata semplificata, identificando tre CdR la cui struttura è riportata nella figura 4.

3.1. La scheda di budget

La scheda di *budget* è il documento che evidenzia i risultati economico-finanziari e/o di attività che l'azienda intende raggiungere nel successivo esercizio e costituisce la base di negoziazione dei sub-obiettivi specifici e particolari di ciascun CdR in linea con le direttrici del piano strategico aziendale (Miozzo, 1994).

Gli obiettivi vengono espressi chiaramente in termini di sviluppo, riconversione, riduzione o eliminazione di attività e impongono, a loro volta, la scelta di indicatori qualitativi e quantitativi significativi per la loro valutazione, necessari per programmare il futuro svolgimento delle attività secondo le linee direttive.

La scheda raccoglie, sinteticamente, la dotazione delle risorse da negoziare e spazi per la descrizione di problemi critici relativi a difficoltà di sviluppo e di integrazione della UO.

I responsabili dei CdR devono dichiarare gli obiettivi che si pongono, coerenti con quelli strategici e strumentali ad essi, evidenziando le varia-

Figura 2 - Piano dei centri di responsabilità e dei centri di costo del DdP

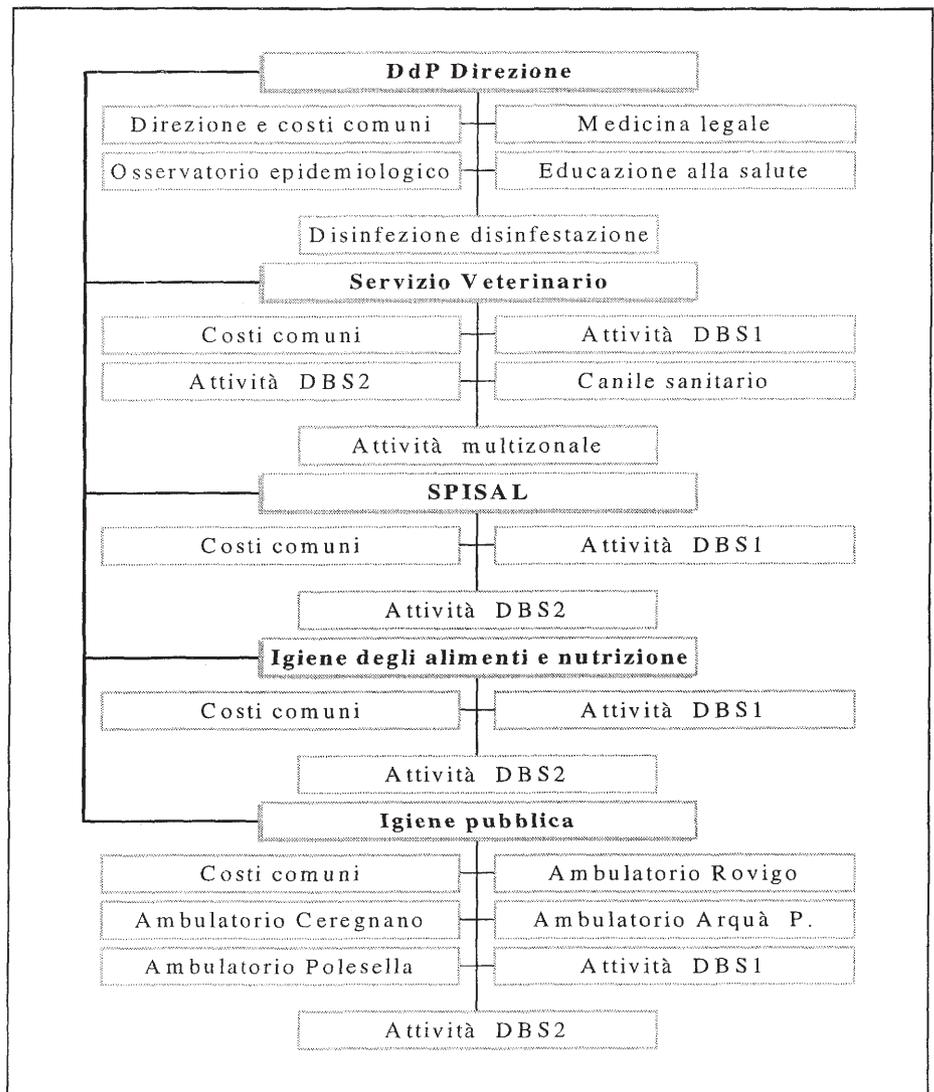


Figura 3 - Piano dei centri di responsabilità del PMP

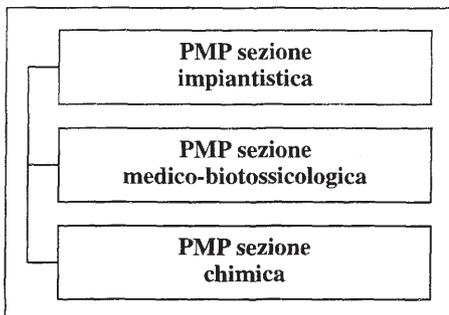


Figura 4 - Struttura dei CdR

CdR	CdC
Dipartimento di prevenzione	Direzione Costi comuni Collegi medico-legali Igiene pubblica Igiene alimenti e nutrizione Igiene prevenzione sicurezza ambienti lavoro
DDP servizio veterinario	Attività DBS1-attività DBS2 Canile sanitario Multizonale
Presidio multizonale di prevenzione	Sezione chimica Sezione medico-biotossicologica Sezione impiantistica

zioni percentuali previste in termini di attività prodotte o di risorse impiegate e motivandole adeguatamente.

Come previsto dalla L.R. Veneto 56/94, i responsabili dei CdR in cui è articolato il DdP negoziano con la direzione strategica il *budget* di struttura, concordando gli obiettivi intermedi della macrostruttura che si tradurranno «a cascata» in obiettivi strumentali, in linea con la pianificazione di azienda.

La negoziazione degli obiettivi, delle risorse e dei livelli di attività viene condotta dalla direzione aziendale alla presenza di tutti i servizi coinvolti: il capo DdP, i responsabili dei CdR del DdP e i responsabili dei DSB. Tale metodologia ha consentito di evidenziare e superare carenze di integrazione già nella fase di definizione degli obiettivi di periodo.

In questo processo, recentemente integrato dai meccanismi di attribuzione delle quote di incentivazione in rapporto con il raggiungimento degli obiettivi aziendali, i compiti del CdG sono:

- organizzare e stendere la scheda di *budget*;
- monitorare e implementare i flussi informativi attraverso la definizione di procedure integrate;
- sintetizzare le informazioni contenute nelle varie schede;
- focalizzare il grado di coerenza degli obiettivi con le linee aziendali;
- esplicitare eventuali incongruenze presenti nelle proposte;
- rilevare eventuali problematiche trasversali e comuni a più CdR;
- progettare gli indicatori più idonei alla rappresentazione degli obiettivi prefissati;
- mantenere il coordinamento del livello informativo tra il piano delle attività, quello contabile e quello programmatico, cioè organizzare lo sviluppo del processo;

— produrre reportistica di servizio (per attività, costi e ricavi) per i diversi utilizzatori relativa a orientamenti strategici approvati, obiettivi di attività espressi con indicatori quantitativi e qualitativi, risorse assegnate, nonché dati relativi ai costi sostenuti dalle varie UO e distinti per tipologia di fattore produttivo (FP). In tal modo, dal confronto dei dati in loro possesso, i responsabili delle singole UO hanno la possibilità di comprendere l'impatto economico delle risorse aggiuntive loro assegnate e dei livelli di attività definiti nel *budget*.

4. Gli indicatori

Gli indicatori sono informazioni sintetiche che servono per misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, per orientare i processi decisionali. Possono riguardare la domanda di servizi sanitari, l'efficienza e/o l'efficacia delle prestazioni erogate. In tal senso si possono distinguere indicatori di domanda o di accessibilità, di attività e di risultato. I primi riguardano la disponibilità del servizio, cioè la sua dislocazione nel territorio, la numerosità degli utenti e le dimensioni della domanda espressa; gli indicatori di attività misurano i servizi e le prestazioni fornite in rapporto alle risorse impiegate; gli indicatori di risultato individuano il raggiungimento di obiettivi da conseguire nell'ambito di progetti definiti in sede di programmazione sanitaria.

Dalle funzioni di medicina preventiva, previste nella L. 833/78 e, in dettaglio, nella L.R. del Veneto 78/80, scaturiscono attività che si possono raggruppare nei due grossi capitoli di attività preventiva e di attività ispettiva.

In entrambi i casi vengono svolte attività su richiesta e su iniziativa. Poiché la maggior parte delle attività su

richiesta deriva da obblighi di legge ed è pertanto «incomprimibile», è necessario ottimizzare nei tempi e nei modi la fornitura delle prestazioni obbligatorie e legare a obiettivi specifici di risultato solo le attività su iniziativa.

Pertanto non tutti gli indicatori (di accessibilità, di attività, di risultato) sono utilizzabili, ma varieranno in base agli specifici obiettivi da verificare a consuntivo. Data la variabilità di questi ultimi e dei programmi di lavoro nei diversi periodi, è richiesta la predisposizione di un numero sufficientemente ampio di indicatori e un'elevata flessibilità di sistema. La fase di costruzione e aggiornamento degli indicatori è condotta dal CdG in stretto contatto con i CdR.

Per ciascun servizio del DdP sono state definite le principali aree di attività (allegato 1: tabelle 1, 2 e 3).

Il responsabile di ogni CdR ha contribuito ad identificare, tra i numerosi dati di contesto e di attività a disposizione, quelli essenziali per il controllo e la gestione programmatica del suo servizio. In tal modo sono stati identificati diversi gruppi di indicatori, tra i quali il CdG ha scelto quelli più significativi e più facilmente gestibili al fine di monitorare l'attività del singolo CdR. Tale griglia di indicatori ha subito negli anni un ampliamento, in rapporto alle nuove esigenze gestionali che si sono delineate e alle prestazioni «target» di processo. In campo di prevenzione, lo sforzo maggiore che il CdG deve compiere è quello di studiare nuovi indicatori sempre più rappresentativi di risultato (in termini di salute) piuttosto che di prestazioni erogate (*output*). A titolo di esempio si mostra come è variata la griglia di indicatori di un servizio tipo (igiene pubblica) in due processi di *budget* successivi (allegati 2 e 3).

La scelta degli indicatori (Borghi, 1994; Regione Emilia-Romagna,

1994) da monitorare è stata guidata dai seguenti criteri:

- significatività del dato (l'informazione costa);
- sinteticità;
- omogeneità territoriale (confronto tra UO) (Damiani, 1994);
- disponibilità dell'informazione per altri fini (flussi informativi carichi di lavoro);
- flussi informativi preesistenti;
- condivisione con i responsabili delle UO;
- alimentazione automatica o da sistemi centrali.

I livelli di sviluppo del sistema informativo dell'ULSS, inoltre, ha condizionato il CdG a concentrarsi su un numero limitato, seppur significativo, di FP e in particolare:

- a) personale dipendente assegnato specificamente al CdR;
- b) disponibilità e fabbisogni di apparecchiature medico/scientifiche e attrezzature tecnico-economiche;
- c) consumi di farmaci, prodotti diagnostici, materiale sanitario;
- d) consumi di beni tecnico-economiche;
- e) fabbisogni di risorse per la formazione e l'aggiornamento professionale.

È di estrema importanza valorizzare solo le informazioni più significative in termini di consumo delle risorse e raggrupparle all'interno di classificazioni omogenee secondo il criterio della migliore correlazione possibile con gli *output*.

5. La reportistica e i fatturati

Il sistema di *reporting* trimestrale delle informazioni è parte integrante della logica di responsabilizzazione nella gestione delle risorse e dei servizi.

La funzione di *feedback* periodico consente, infatti, il monitoraggio continuo delle attività anche in rapporto

allo stato di avanzamento degli obiettivi di *budget*. Tale funzione, se consolidata per l'area ospedaliera, risulta tuttavia discontinua per il territorio, a causa della disomogeneità e frammentarietà del sistema informativo in questo ambito, considerato anche che la rilevazione delle attività territoriali, a differenza da quelle ospedaliere, dipende in larga misura dal contributo diretto dei servizi che erogano le prestazioni stesse.

La complessità di un impianto di report differenziato per ospedale e servizi territoriali ha reso indispensabile l'uso di una procedura informatica che raccolga e integri tutti i flussi informativi a disposizione per la produzione in automatico di *report* relativi a diversi periodi di riferimento.

Uno dei principali ostacoli nella costruzione del *budget* per strutture territoriali è la definizione del prodotto in termini di fatturato. Al contrario dell'area ospedaliera, le attività territoriali non sono sempre valorizzabili in rapporto a tariffari di riferimento, in particolare le attività di prevenzione collettiva o i programmi di educazione sanitaria. Un'ipotesi di lavoro può essere la valorizzazione delle attività secondo un criterio decrementale, partendo dal *budget* economico della struttura con lo svantaggio di non conseguire alcuna valutazione di efficienza del sistema. Più utile risulta, invece, l'attribuzione ad ogni prestazione o intervento di una tariffa virtuale, anche prendendo come riferimento tariffari nazionali o regionali. Laddove possibile si procederà, comunque, all'analisi di costo per categoria di prestazione.

I principali problemi incontrati nella rilevazione delle attività e dei costi sono stati i seguenti:

- dispersione degli archivi e delle informazioni;
- disomogeneità dei dati, aggregazioni variabili nelle diverse UO;

- attività non rilevate perché non tariffate o non incentivanti;

- necessità di avvio di metodologie di rilevazione da parte degli operatori stessi;

- scarsa rilevazione delle attività svolte per UO interne (necessità di valorizzare gli scambi intra-aziendali);

- procedure informatiche separate, non comunicanti;

- incompleta dotazione informatica delle UO (già avanzata per ospedali e servizi centrali di supporto);

I *report*, a loro volta, devono rispondere efficacemente al bisogno di informazione costante e sintetica sui processi, evidenziando gli scostamenti rispetto agli obiettivi. È importante renderli strumenti flessibili, adattandoli alle finalità gestionali e agli obiettivi sia di UO che di azienda, inserendo indicatori anche valorizzati a zero se occorre orientare le linee di tendenza del controllo.

L'alimentazione dei flussi informativi (Arosio, 1994; Campo, 1994) richiede costante definizione e aggiornamento di precise procedure che definiscano modalità, operatori, scadenze, percorsi di trattamento dei dati di costo e di attività non gestiti a livello centrale.

Nella nostra esperienza il CdG ha incontrato grandi difficoltà nella gestione dei flussi informativi dell'area territoriale, perché in questo ambito è massima la necessità di coinvolgimento e di operatività dei servizi produttivi stessi. Allo scopo di superare talune inerzie è risultato utile definire obiettivi specifici sull'implementazione dei flussi informativi e legarli alla quota di incentivazione del risultato.

6. Conclusioni

Dopo il terzo anno di esperienza sul *budget* del DdP possiamo dire che le

difficoltà incontrate riguardano fondamentalmente i seguenti aspetti:

1) la rilevazione dei dati di attività e degli indicatori, che dovrà essere migliorata per tutte le UO rispetto all'*outcome*;

2) la rilevazione dei suddetti dati, che dovrà essere continuativa e trimestrale per tutte le UO, con massimo coinvolgimento diretto delle stesse;

3) l'analisi dei costi, che ha subito un completamento e consolidamento dei flussi informativi, mentre altrettanto non è avvenuto per la valorizzazione delle prestazioni, che deve formare il fatturato virtuale del DdP e per la quale il contributo dei servizi è determinante.

I risultati indotti dal processo di *budget*, al terzo anno della nostra esperienza, sono costituiti dalla realizzazione di una base di discussione oggettiva e trasparente sulle risorse impiegate e le attività svolte, dal progressivo cambiamento culturale nell'ambiente sanitario con maggior responsabilizzazione e coinvolgimento delle varie figure professionali nel processo decisionale, da una maggiore consapevolezza del senso di appartenenza

aziendale intesa come unicità di struttura e di finalità.

BIBLIOGRAFIA

- E. ANESSI PESSINA, M. BERGAMASCHI, F. ZAVATTARO (1994), *L'introduzione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna. Prima fase: la contabilità per centri di costo*, **Mecosan**, 9: 104-113.
- E. ANESSI PESSINA, M. BERGAMASCHI, F. ZAVATTARO (1994), *L'introduzione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna. Seconda fase: il budget a base zero*, **Mecosan**, 10: 60-71.
- F. AROSIO (1994), *La gestione dell'informazione in un progetto di qualità totale. Il sistema di gestione delle attività (SI.GE.A.)*, **Mecosan**, 11: 88-97.
- AZIENDA S.S.L. 10 - FIRENZE (1994), *Dipartimento di prevenzione: ipotesi organizzativa nell'Azienda sanitaria locale di Firenze - Regolamento provvisorio del dipartimento di prevenzione*, **Mecosan**, 15: 117-126.
- B. BORGHI, B. CURCIO RUBERTINI, T. CARRADORI, G.D. DEGLI ESPOSTI, E. DI RUSCIO, M. VIZIOLI, E. VERDINI, A. ZAPPI (1994), *Indicatori di struttura, processo e risultato, nella gestione per budget*, **Mecosan**, 11: 74-86.
- L. BRUSATI, G. CASATI, P. CELLA, C. FILANNINO, F. ZAVATTARO (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- C. CACCIA, F. LONGO (1994), *L'applicazione di modelli organizzativi «evoluiti» al sistema socio-sanitario pubblico*, **Mecosan**, 10: 24-35.
- B. CAMPO, M. MOTTA, V. RAPPINI, F. ZAVATTARO (1994), *L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari*, **Mecosan**, 12: 46-66.
- G. DAMIANI, A. SABA, M. MOTTA, F. ZAVATTARO (1994), *L'applicazione della metodologia dei gruppi di attività omogenee nei servizi di igiene pubblica: il caso dell'USL n. 4 di Olbia*, **Mecosan**, 13: 96-107.
- F. LONGO, F. RIPA DI MEANA (1995), *Quali modelli organizzativi si stanno delineando per il nuovo distretto?*, ASI, n. 49/50, dicembre.
- A. MIOZZO (1994), *Il miglioramento della qualità del servizio di una USL. Analisi di un progetto*, **Mecosan**, 4: 76-84.
- A. MUZZI, G. CANAZI (1994), *Le basi epidemiologiche dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari*, **Mecosan**, 9:45-52.
- M. PIOVANO, BRONZINO (1995), *Controllo di gestione e contabilità dei costi nell'esperienza dell'USL n. 8, Regione Piemonte*, Organizzazione Sanitaria, 4-5: 52-85.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1994), *Circolare n. 31, prot. 33578 del 26 luglio 1994, «Criteri di riferimento per la scelta degli indicatori di struttura, quesito e risultato utilizzabile nel processo di gestione a budget nelle aziende USL e ospedaliere dell'Emilia-Romagna»* (anno 1994).
- E. ROCCATO (1994), *Dipartimento di prevenzione: ipotesi organizzativa nell'Azienda sanitaria locale di Firenze*, **Mecosan**, 15: 36-44.

Tabella 1 - Servizio di igiene e sanità pubblica

Area di attività	Competenze
Profilassi delle malattie infettive e diffuse	Vaccinazioni obbligatorie e facoltative Indagini epidemiologiche Controllo malattie quarantenarie, ecc.
Igiene dell'ambiente	Tutela dell'ambiente contro i rischi da inquinamento
Igiene pubblica da rischi ambientali	Tutela della salute pubblica nei confronti dei rischi ambientali
Igiene edilizia	Tutela delle condizioni igieniche degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni per la tutela del singolo e delle collettività

Tabella 2 - Igiene degli alimenti e della nutrizione

Attività	
Sopralluoghi per parere commercio	Prelievi per sezione chimica
Sopralluoghi per autorizzazione sanitaria	Campione superfici di contatto con <i>slide</i>
Sopralluoghi per autorizzazione vetrine/armadi refrigerati	Prelievo pozzo artesiano per ricerca atrazina
Sopralluoghi per certificazione di non commestibilità di prodotti alimentari per la distruzione	Verbale di contravvenzione
Sopralluoghi per rilascio nullaosta all'installazione di distributori automatici di alimenti e bevande	Sequestro
Parere preventivo per autorizzazione sanitaria	Udienze in Procura
Sopralluoghi per nuove condotte (art. 12, D.P.R. 236/88, D.M. 26-3-91)	Commissioni REC
Parere articolo 220, T.U.L.L.SS.	Commissioni panificatori
Sopralluoghi per vigilanza	Preparazione corsi di formazione/aggiornamento per alimentari
Relazione tecnica/comunicazione al sindaco, PMP, privato, Presidente acquedotto, Procura	Visite mediche per rilascio/rinnovo libretti di idoneità sanitaria
	Stesura relazioni tecniche
	Valutazione tabelle dietetiche

Tabella 3 - Servizio veterinario

Area di attività	Competenze
A) servizio di sanità animale	Polizia veterinaria e zoonosi Profilassi antirabbica e lotta al randagismo Profilassi internazionali Anagrafe degli animali e degli allevamenti Vigilanza sull'esercizio della libera professione veterinaria.
B) servizio di igiene degli alimenti di origine animale	Ispezione, controllo, vigilanza catena alimentare: carne e derivati, pesca e acquacoltura, latte, uova e derivati, miele e derivati Ispezione, controllo e vigilanza su impianti, tecnologie e mezzi adibiti alla catena alimentare di prodotti di origine animale
C) servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Vigilanza e controllo su: — concentrazioni e ricoveri di animali — benessere degli animali — impianti di acquacoltura — fauna dei parchi naturali montani e marini — igiene urbana veterinaria — farmaci ad uso animale — alimenti ad uso animale — impianti per l'utilizzo degli avanzi animali — riproduzione animale — sperimentazione animale — organizzazione dell'assistenza zootecnica

Dipartimento di prevenzione igiene pubblica

Indicatori di attività	Anno 1995	Budget 1996	Anno 1996	Budget 1997
<i>Vaccinazioni</i>				
Numero vaccinazioni facoltative distretto 1 (SIP)			3.312	7.286
Numero vaccinazioni facoltative distretto 2 (SIP)			2.756	6.063
Numero totale vaccinazioni facoltative (SIP)			6.068	13.349
Numero vaccinazioni obbligatorie distretto 1 (SIP)			4.092	8.184
Numero vaccinazioni obbligatorie distretto 2 (SIP)			3.940	7.880
Numero totale vaccinazioni obbligatorie (SIP)			8.032	16.064
Numero vaccinazioni campagna facoltativa 1 (SIP)				
Numero vaccinazioni campagna facoltativa 2 (SIP)				
Numero vaccinazioni campagna facoltativa 3 (SIP)				
Numero vaccinazioni campagna facoltativa 4 (SIP)				
Numero totale vaccinazioni campagne facoltative (SIP)				
Numero totale vaccinazioni (SIP)			14.100	29.413
<i>Epidemiologia</i>				
Numero indagini epidemiologiche distretto 1 (SIP)			48	
Numero indagini epidemiologiche distretto 2 (SIP)			38	
Numero totale indagini epidemiologiche (SIP)			86	
<i>Pareri preventivi</i>				
Numero pareri preventivi semplici (SIP)			48	
Numero pareri preventivi complessi (SIP)			144	
Numero totale pareri preventivi (SIP)			192	
<i>Attività ispettiva</i>				
Numero sopralluoghi attiv. ispettiva semplice (SIP)			52	
Numero sopralluoghi attiv. ispettiva complessa (SIP)			171	
Numero totale sopralluoghi attività ispettiva (SIP)			223	
Numero ditte controllate per attività ispettiva semplice (SIP)				
Numero ditte controllate per attività ispettiva complessa (SIP)				
Numero totale ditte controllate per attività ispettiva (SIP)				
<i>Campionamenti</i>				
Numero campionamenti semplici (SIP)				
Numero campionamenti complessi (SIP)				
Numero totale campionamenti (SIP)			64	
<i>Altre attività</i>				
Numero atti di polizia giudiziaria (SIP)			13	
Numero atti amministrativi (SIP)			95	
Numero pareri per edilizia abitativa distretto 1 (SIP)			444	
Numero pareri per edilizia abitativa distretto 2 (SIP)			454	
Numero totale pareri per edilizia abitativa			898	
Numero pareri per regolamenti comunali (SIP)			3	
Numero certificazioni medico-legali distretto 1 (SIP)			4.344	
Numero certificazioni medico-legali distretto 2 (SIP)			3.195	
Numero totale certificazioni medico-legali (SIP)			7.539	
<i>Commissioni varie</i>				
Numero sedute commissioni ambientali (SIP)			104	
Numero sedute commissioni radiazioni ionizzanti (SIP)			4	
Numero sedute commissioni gas tossici (SIP)			1	
<i>Attività di informazione e formazione</i>				
Numero ore attività di informazione e formazione (SIP)				
Numero partecipanti attività di informazione e formazione (SIP)				
<i>Progetti obiettivo. Prevenzione incidenti domestici nelle comunità per anziani</i>				
Numero comunità visitate per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero anziani ricoverati per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero incontri informativi per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero attività espletate per progetti obiettivo (SIP)				

Dipartimento di prevenzione igiene pubblica

Indicatori di attività	I semestre 1996	Budget 1997	I semestre 1997	Budget 1998
<i>Vaccinazioni</i>				
Numero vaccinazioni facoltative distretto 1 (SIP)	3.312	7.286	4.090	
Numero vaccinazioni facoltative distretto 2 (SIP)	2.756	6.063	3.009	
Numero totale vaccinazioni facoltative (SIP)	6.068	13.349	7.099	
Numero vaccinazioni obbligatorie distretto 1 (SIP)	4.092	8.184	5.132	
Numero vaccinazioni obbligatorie distretto 2 (SIP)	3.940	7.880	4.915	
Numero totale vaccinazioni obbligatorie (SIP)	8.032	16.064	10.047	
Numero vaccinazioni campagna facoltativa distretto 1, campagna 1-(SIP)			640	
Numero vaccinazioni campagna facoltativa distretto 2, campagna 1-(SIP)			620	
Numero vaccinazioni campagna facoltativa distretto 1, campagna 2-(SIP)			525	
Numero vaccinazioni campagna facoltativa distretto 2, campagna 2-(SIP)			950	
Numero totale vaccinazioni campagne facoltative (SIP)			2.735	
Numero totale vaccinazioni (SIP)	14.100	29.413	17.146	
<i>Epidemiologia</i>				
Numero indagini epidemiologiche distretto 1 (SIP)	48		51	
Numero indagini epidemiologiche distretto 2 (SIP)	38		28	
Numero totale indagini epidemiologiche (SIP)	86		79	
<i>Pareri preventivi</i>				
Numero pareri preventivi semplici (SIP)	48		23	
Numero pareri preventivi complessi (SIP)	144		555	
Numero totale pareri preventivi (SIP)	192		578	
<i>Attività ispettiva</i>				
Numero sopralluoghi attività ispettiva semplice (SIP)	52		25	
Numero sopralluoghi attività ispettiva complessa (SIP)	171		281	
Numero totale sopralluoghi attività ispettiva (SIP)	223		306	
Numero ditte controllate per attività ispettiva semplice (SIP)			23	
Numero ditte controllate per attività ispettiva complessa (SIP)			65	
Numero totale ditte controllate per attività ispettiva (SIP)			88	
<i>Campionamenti</i>				
Numero campionamenti semplici (SIP)			23	
Numero campionamenti complessi (SIP)			12	
Numero totale campionamenti (SIP)	64		35	
<i>Altre attività</i>				
Numero atti di polizia giudiziaria (SIP)	13	168		
Numero atti amministrativi (SIP)	95	21		
Numero pareri per edilizia abitativa distretto 1 (SIP)	444	552		
Numero pareri per edilizia abitativa distretto 2 (SIP)	454	361		
Numero totale pareri per edilizia abitativa	898	913		
Numero pareri per regolamenti comunali (SIP)	3	5		
Numero certificazioni medico-legali distretto 1 (SIP)	4.344	3.049		
Numero certificazioni medico-legali distretto 2 (SIP)	3.195	2.443		
Numero totale certificazioni medico-legali (SIP)	7.539	5.492		
<i>Commissioni varie</i>				
Numero sedute commissioni ambientali (SIP)	104			
Numero sedute commissioni radiazioni ionizzanti (SIP)	4			
Numero sedute commissioni gas tossici (SIP)	1			
<i>Attività di informazione e formazione</i>				
Numero ore attività di informazione e formazione (SIP)				
Numero partecipanti attività di informazione e formazione (SIP)				
<i>Progetti obiettivo. Prevenzione incidenti domestici nelle comunità per anziani</i>				
Numero comunità visitate per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero anziani ricoverati per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero incontri informativi per prevenzione incidenti domestici (SIP)				
Numero attività espletate per progetti obiettivo (SIP)				

MECOSAN

Management ed economia sanitaria

È L'ORA DEL RINNOVO

COSTO DELL'ABBONAMENTO 1998: L. 310.000

Programma abbonamento 1998

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n..... abbonament..... a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Ella ed Elio Borghonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- 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

Cognome e nome..... Via.....

C.a.p..... Località..... Prov.....

..... Il

Codice Fiscale.....

Partita IVA.....

FIRMA E TIMBRO

(in caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LE POLITICHE SANITARIE PUBBLICHE IN BRASILE: IL RUOLO DELLO STATO, IL DECENTRAMENTO E LE ESPERIENZE INNOVATIVE

di Tania Margarete Mezzomo Keinert

Escola Administração Empresa Fundação Getulio Vargas - São Paulo

SOMMARIO: 1. La sanità brasiliana tra decentramento locale e sviluppo della *governance* - 2. Le sfide del settore sanitario in Brasile - 3. Esperienze innovatrici fondate sulla «comunalizzazione» - 3.1. Il piano di assistenza del comune di San Paolo: la contrattazione con i fornitori di servizi - 4. Considerazioni finali.

1. La sanità brasiliana tra decentramento locale e sviluppo della *governance*

La riflessione sulle politiche sanitarie pubbliche del Brasile è strettamente legata all'analisi del ruolo dello Stato e delle riforme istituzionali destinate a rispondere ad un ambiente mutevole. In questo contesto, occorre rendere flessibile la gestione pubblica e avvicinare il processo decisionale alla popolazione.

Obiettivo ultimo dei diversi interventi è di aumentare la *governance* dello Stato, ossia la capacità di creare nel governo le «condizioni finanziarie ed amministrative per trasformare in realtà le decisioni prese» (1).

Nella formulazione e implementazione delle politiche sanitarie pubbliche, a partire dagli anni ottanta, è stata adottata una strategia di decentramento, tanto a livello del processo decisionale, quanto nella prestazione diretta dei servizi; nella realtà concreta il decentramento si è tradotto in «municipalizzazione».

Per meglio comprendere questa affermazione occorre presentare sinteticamente l'evoluzione storica della riorganizzazione del sistema sanitario in Brasile.

Nel 1987, è iniziato in Brasile lo sviluppo dei Sistemi locali di sanità (SILOS), legato al documento «Health for All in the Year 2000» del WHO. In particolare, il processo di decentramento ha preso la forma di una proposta di istituzione di «distretti sanitari», base organizzativa e operativa del riordinamento dei servizi di sanità a livello locale, elaborati con l'obiettivo di creare il Sistema unificato e decentralizzato de saude (SUDS) (2).

Questo è stato l'inizio di un tentativo di unificare, sotto un controllo manageriale centralizzato, la responsabilità di intervento nell'area della tutela della salute, dispersa tra i vari livelli di governo (Governo Federale, Stati, Municipi).

Le politiche pubbliche fanno riferimento alla Costituzione brasiliana del 1988, che ha introdotto il Sistema unico di salute (SUS) e quindi principi quali l'universalità e l'integrazione delle azioni, la priorità alla prevenzione e alla partecipazione popolare, il decentramento della gestione e il rafforzamento del ruolo dei Municipi, attraverso l'unificazione della gestione dei servizi a livello locale (3) (Keinert T.M.M. & Cequeira M.B., 1995).

Negli ultimi anni si sono avute grandi trasformazioni nel campo della sanità, caratterizzate da un grande coinvolgimento popolare e da un aumento della partecipazione con connotati decisionali e di controllo. Inoltre si è avuta una maggiore coinvolgimento degli operatori del settore, che ha intensificato la domanda di formazione. Grazie alla partecipazione di questi nuovi attori si è ampliato il concetto di sanità, inglobando aspetti relativi alla qualità della vita, come educazione, abitazione e disponibilità di infrastruttura di base.

Queste iniziative hanno trovato attuazione nel progetto del SUS, regolamentato dalla legge organica della sanità.

Il SUS si fonda su da tre principi di base: universalità dell'assistenza (4), decentramento delle azioni e controllo sociale, che verranno descritti brevemente in seguito.

L'universalità dell'assistenza. Il principio dell'universalità stabilisce un accesso libero ai servizi per tutta la

Con la collaborazione di Tereza Etsuko da Costa Rosa e Silvio Dezidério, Istituto de Saude São Paulo.

Traduzione a cura di Maddalena Vario.

popolazione, abbandonando la logica contributiva precedente, secondo cui solamente i settori della società legati al mercato del lavoro ricevevano assistenza sanitaria. Ciò ha rappresentato ovviamente un grande passo in avanti, date le caratteristiche socioeconomiche del Brasile ampliando le possibilità di accesso ai servizi specialmente per le fasce più povere e per il settore informale.

L'universalità ha determinato maggiori investimenti da parte dello Stato, il che, in un contesto caratterizzato da strutture burocratizzate e da scarsità di risorse, ha posto molti problemi, creando forti difficoltà al rispetto di questo.

Il decentramento. Il rafforzamento dei poteri locali, e in special modo, dei Municipi, è avvenuto in base al nuovo testo costituzionale che ha rafforzato il governo locale, prevedendo una maggiore partecipazione nella distribuzione delle risorse tributarie, assegnando nuove risorse e competenze e delegando un maggior potere decisionale.

Il decentramento, nel caso della sanità, è stato attuato attraverso la proposta di implementazione del SUS, il cui scopo è la devoluzione ai rappresentanti locali di potere, di autonomia e capacità di gestione.

Tale formula, se ad un lato è coerente con la congiuntura attuale, caratterizzata da processi di globalizzazione e di indebolimento degli stati nazionali e di «localizzazione» (5), attraverso attribuzione di risorse a livello locale, dall'altro lato pone alcune difficoltà, come per esempio nella realizzazione del progetto in grandi città, data la complessità della loro rete assistenziale, della domanda e degli attori sociali coinvolti.

Il controllo sociale. Tramite la partecipazione sociale istituzionalizzata ci si è posti come obiettivi maggiore trasparenza nella formulazione e at-

tuazione delle politiche di sanità e una maggiore democratizzazione nella sua gestione. Sono stati creati una serie di meccanismi istituzionalizzati, come per esempio, i Consigli di sanità, organi consultivi, deliberativi e di carattere collegiale, composti da rappresentanti del governo, professionisti della sanità e utenti (6).

La democratizzazione delle politiche di sanità permette di organizzare le domande sociali, mettendo in evidenza gli interessi collettivi capaci di soddisfare i diritti di parti della popolazione prima esclusa. Nonostante i vantaggi politici realizzati grazie ad un forte coinvolgimento della popolazione, non è da trascurare il rischio di clientelismo.

2. Le sfide del settore sanitario in Brasile

Le difficoltà relative all'implementazione della riforma, collegate alla ridefinizione dei ruoli di ciascun livello di governo e alla implementazione dell'autonomia finanziaria-amministrativa dei comuni, sono state discusse nella IV Conferenza nazionale sulla sanità (1992). Nella II Conferenza statale sulla sanità (Stato di San Paolo) e in seguito, nella X Conferenza nazionale sulla sanità (Brasilia, 1996) è stato affrontato il tema del finanziamento del settore della sanità: o si aumentano infinitamente le fonti, oppure si pongono al centro dell'attenzione gli aspetti economici della sanità, ridiscutando alcuni dei principi del SUS, come, per esempio, l'impatto sui costi della generalizzazione dell'assistenza, la produttività degli investimenti, le modalità di massimizzare i benefici tramite i nuovi disegni organizzativi e le innovazioni manageriali.

Ciò è specialmente valido in un paese come il Brasile, in cui lo Stato spende U\$ 90 per abitante, includendo la spesa privata si raggiunge la cifra di

U\$ 220. Ciò nonostante gli indicatori sanitari non sono positivi; facendo un paragone con il Cile, per esempio, che spende U\$ 183 per abitante, si osserva che la mortalità infantile è un terzo di quella brasiliana (12 su 1000) (Castro C.M., 1997).

Si può affermare che la questione del finanziamento, considerata marginale negli anni '70-'80, è ora la questione principale. Il Ministero della sanità, attraverso il programma REFORSUS, investirà, in un progetto specifico di durata decennale, 10 miliardi di dollari nel miglioramento della capacità di formulazione delle politiche pubbliche, nella definizione di meccanismi più stabili di finanziamento, nell'incremento della qualità dei servizi e nell'appoggio ad esperienze innovative (Brasile, Ministero della salute, 1997).

La strategia attuale mira all'implementazione di uno stato regolatore nell'area della sanità a livello federale. Lo stesso ministro dichiara: «finzieremo parte delle azioni, controlleremo l'applicazione delle risorse e valuteremo i risultati» (FSP, 21 aprile 1997).

In un paese come il Brasile è sempre più diffusa l'idea di gerarchizzare l'assistenza in funzione dell'impatto che determinate spese avranno sulla salute della maggioranza della popolazione. Così, invece dell'idea della generalizzazione dell'assistenza comincerà a guadagnare terreno l'idea di garantire a tutti un'assistenza minima, il che comporta una grande impatto sulla salute (World Bank Report, 1997).

«Lo Stato può dunque garantire l'universalità per mezzo della regolamentazione e del controllo dei servizi prestati dai privati», dichiara il Ministro (FSP, 21 aprile 1997).

«The Minimum Health Package» proposto dalla World Bank Report 1993 (WBR, 1993) già ha indicato una lista di priorità con il costo globale di

ciascun intervento, in ordine decrescente di spesa: programma di prevenzione, salute materno-infantile, lotta alle malattie infettive, endemie, assistenza ambulatoriale, nutrizione, cura di base.

In questa prospettiva uno dei problemi che può sorgere è che le risorse a disposizione siano minori per le cure più costose; conseguenza di ciò è che a pagare per i servizi sanitari sono o quella parte di popolazione con maggiori possibilità finanziarie o le assicurazioni private.

Tali programmi di assistenza inglobano il concetto di salute intesa come qualità della vita e si giustificano pienamente quando si pensa alla disuguaglianza esistente nella distribuzione del reddito in Brasile.

Possiamo a questo punto affermare che l'obiettivo principale è comunque creare un nuovo rapporto tra lo stato e la società, che aumenti la capacità di azione di tutte le istituzioni, siano esse pubbliche o private, per massimizzare l'uso delle risorse sociali; a tale proposito, in Brasile esistono due proposte di intervento sul sistema.

Una proposta che scaturisce dalla riforma del sistema amministrativo centrale, è creare le «organizzazione sociali», una nuova modalità di prestazione del servizio pubblico, da parte dei privati e mediante l'autorizzazione del Governo, e sotto la sua rigida e permanente supervisione.

L'altra sottolinea invece l'importanza di scambiare *know-how* nell'area della pianificazione e della valutazione dei progetti sociali con fondazioni filantropiche legate alle imprese, che oltre a portare con sé la cosiddetta «intelligenza imprenditoriale», servono allo stesso tempo a «rendere professionale la gestione delle entità comunitarie, non-governative e *non profit* attraverso la diffusione di quelle esperienze (CETS, 1996).

Le due proposte camminano nella stessa direzione: quella di rendere più competitiva la gestione delle risorse pubbliche e la prestazione dei servizi nell'area sociale, indipendentemente che il prestatore sia un'agenzia di Stato, oppure no (Keinert, T.M. M, 1996).

3. Esperienze innovatrici fondate sulla «comunalizzazione»

Ci soffermeremo in particolare su due esperienze: quella dei Consorzi di sanità, la cui novità consiste nella proposta di «regionalizzazione»; e quella del Piano di assistenza della municipalizzazione di San Paolo, che costituisce un tentativo di municipalizzare, attraverso *outsourcing* nell'offerta dei servizi.

I consorzi sanitari. I consorzi sanitari, grazie ad una municipalizzazione dei servizi di sanità e ad un'articolazione intercomunale degli stessi, contribuiscono al rafforzamento della capacità di *governance*.

Nell'area della sanità, i consorzi adottano la strategia del SUS (universalità, equità e integrità), e i suoi principi organizzativi («regionalizzazione», gerarchizzazione dell'assistenza a seconda della gravità, risolubilità, decentramento, partecipazione dei cittadini e complementarietà del settore privato), diventando innovatori nel momento in cui cercano la collaborazione intercomunale con l'obiettivo di risolvere i problemi orizzontali alle unità locali coinvolte, e convertendosi, in seguito, in uno strumento di gestione comunale.

I consorzi risultano dall'accordo di due o più comuni, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse umane, fisiche e finanziarie integrate micro-regionalmente.

In questo modo, il consorzio è un modello di gestione dei servizi sanitari nelle cosiddette «micro-regioni assistenziali», costituite da comuni, con

numero variabile di abitanti (massimo 100.00 abitanti), con l'obiettivo di conseguire economie di scala tali da permettere l'organizzazione razionale dell'assistenza primaria, secondaria e terziaria.

Il consorzio è dunque una forma di organizzazione di cura alla salute a livello regionale, sostenibile dal punto di vista manageriale.

Nella strutturazione del sistema sanitario da parte dei consorzi, si privilegia la regione, con specifiche caratteristiche geografiche, economiche, sociali, demografiche-epidemiologiche. Ed è proprio in questo spazio fisico già esistente (7) che verranno organizzate le cure primarie, secondarie e terziarie. In particolare dell'assistenza primaria sarà responsabile il singolo comune, mentre dell'assistenza secondaria e terziaria sarà responsabile il consorzio intercomunale.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sanitari, le azioni relative all'assistenza primaria, secondaria e terziaria sono tenute completamente distinte. L'assistenza primaria infatti sarà sempre decentrata, mentre le cure secondarie e terziarie devono essere sempre accentrate (per razionalizzare le risorse e beneficiare di economie di scala).

Nel Brasile si sono avute esperienze di Consorzi della salute, a partire dagli anni ottanta, specialmente nello Stato di San Paolo (8). Recentemente (anni novanta), l'esperienza si è estesa nei diversi stati della federazione, come lo Stato di Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina.

Presentiamo i dati più recenti dell'esperienza dello Stato di San Paolo, ormai già consolidata (degli 8 consorzi in funzione, appena 2 non sorti negli anni novanta) (figura 1) e dello Stato di Paraná (figura 2).

Un'osservazione iniziale che si può fare riguardo alle caratteristiche distintive delle due esperienze riguarda

Figura 1 - Quadro 1. Consorzi sanitari inter-comunali. Situazione generale Stato di San Paolo

<p>Consorzi in funzione: 08 * Consorzi «in articolazione»: 10 ** Consorzi disattivati: 03 *** Comuni consorziati: 69 Totale dei comuni dello Stato di San Paolo: 625 Popolazione totale dello Stato: 35.000.000 abitanti (SEADE, 1995) Capienza: 1.800.000 abitanti (circa il 5% della popolazione dello Stato)</p> <p>* Sono stati considerati in funzionamento solamente i consorzi con personalità giuridica costituita (CEPAM, 1997). ** Sono stati considerati in articolazione tutti i consorzi in via di costituzione (indipendentemente dall'opzione posteriore di acquisizione della personalità giuridica). *** Sono stati considerati disattivati i consorzi che, almeno durante il periodo in cui sono stati raccolti i dati, non appartenevano alla due precedenti categorie.</p>
<p><i>Personalità giuridica</i></p> <p>In funzionamento: associazione civile senza fini lucrativi, di diritto privato: 08 In articolazione: associazione civile senza fini lucrativi, di diritto privato: 09 In articolazione: «patto non formalizzato»: 01 *</p> <p>* Per «patto non formalizzato» si intende il tipo di consorzio senza personalità giuridica costituita.</p>
<p><i>Composizione</i></p> <p>Consiglio dei prefetti Consiglio fiscale (rappresentanti di sindacati, camere comunali, esecutivi comunali e dei Consigli comunali di sanità)</p>
<p><i>Servizi prestati:</i> di especialidade e ospedali</p>
<p><i>Risorse umane:</i> 1.255 funzionari</p> <p>758 (60%) contrattati dai propri consorzi 426 (34%) ceduti dal governo statale 66 (5,5%) ceduti dai comuni consorziati 05 (0,5%) ceduti dai governi federali</p>
<p><i>Principali forme di finanziamento</i></p> <p>Risorse della prestazione dei servizi al SUS (fatturazione delle attività ambulatoriali e ospedaliere) Contributi comunali Risorse di bilancio dei comuni Partecipazione proporzionale alla prestazione di servizi Partecipazione proporzionale alla popolazione</p> <p>Fonte: JUNQUEIRA, Ana Thereza et. al., «Consortios Intermunicipais de Saude no Estado di Sao Paulo: Situação Atual» - CEPAM, 1997.</p>

il ruolo a livello regionale della federazione nella formazione dei consorzi.

Nello Stato di San Paolo, la partecipazione del Ministero della sanità, è stata limitata, dato che la formazione dei primi consorzi è contemporanea alle azioni integrate di sanità; nello Stato di Paraná, invece, la nascita dei consorzi è stata prevalentemente un'iniziativa dello Stato, data l'«insoddisfazione» per la mancata operatività del Ministero federale nella gestione di questi centri (9).

I consorzi, soprattutto nello Stato di San Paolo, sono «risposte degli abitanti del posto ai problemi sanitari locali» (10). Dunque, mentre a San Paolo il Ministero statale della sanità, si limita praticamente alla fornitura delle risorse (specialmente la cessione delle risorse umane) (11), nello Stato del Paraná la Regione partecipa alla gestione stessa del consorzio.

I consorzi sono definiti dal Ministero della sanità del Paraná (gestione 1995-1998) come «parte integrante della politica della sanità», riconoscendo, però, che «sono associazioni autonome dei comuni e, come tali, non possono essere tutelati dallo Stato». Così, «per le convenzioni firmate con i consorzi, che includono delle attività dello Stato, questo si riserva la partecipazione in una commissione tecnica, consultiva e paritaria» (12).

Nello Stato di Minas Gerais (si veda la figura 3) il Ministero della sanità ha stabilito un programma per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: diminuzione delle disegualianze, ampliamento dell'accesso della popolazione, miglioramento della qualità dei servizi (13).

Lo strumento utilizzato è quello della pianificazione integrata delle politiche di sanità a livello statale attraverso la razionalizzazione regionale dell'assistenza e l'utilizzo efficiente delle risorse (14).

Figura 2 - Quadro 2. Consorzi di sanità inter-comunali: situazione generale

STATO DI PARANÀ
Consorzi in funzionamento: 16 * Comuni consorziati: 269 Totale dei municipi dello Stato di Paraná: 371 Capienza: 4.469.932 abitanti
* Sono stati considerati in funzionamento i consorzi operanti, istituiti regolarmente in accordo con il Ministero statale della sanità.
<i>Personalità giuridica:</i> associazione autonoma di comuni in accordo con il Ministero statale della sanità
<i>Composizione:</i> commissione tecnica, consultiva e paritaria, formata dai rappresentanti dello Stato (normalmente tecnici regionali della salute)
<i>Servizi prestati:</i> fornitura di prodotti speciali e servizi ospedalieri, e o altri definiti in convegni con il Ministero statale di sanità
<i>Principali forme di finanziamento:</i> Risorse finanziarie provenienti dalla prestazione dei servizi insieme al Ministero della sanità (fatturazione mensile) Risorse finanziarie provenienti dai contributi volontari delle prefetture Risorse umane e materiali provenienti dallo Stato <i>Fonte:</i> Bertone, Arnaldo Agenor. «Consortios Intermunicipais de Saude - Uma Estrategia Rumo a Regionalização». In: «Divulgação em Saude para Debate». Londrina: CEBES, 1996, n. 16, dicembre 1996, pp. 36-39.

Figura 3 - Quadro 3. Consorzi sanitari inter-comunali: situazione generale

STATO DI MINAS GERAIS
Consorzi costituiti: 63
<i>Personalità giuridica:</i> associazione civile senza fini lucrativi o «patto» (non sempre formale)
<i>Composizione:</i> Consiglio principale Consiglio tecnico (Ministeri comunali) Consiglio fiscale
<i>Servizi prestati:</i> fornitura di prodotti speciali e servizi ospedalieri
<i>Principali forme di finanziamento</i> Valori stipulati in base alla quota del fondo di partecipazione dei comuni <i>Fonte:</i> V Congresso brasiliano di salute collettiva. Painel: Consortios Intermunicipais de Saude: a Regionalização em Debate. Aguas de Lindoia: 27 agosto 1997.

È evidente qui il problema dell'articolazione interregionale e del ruolo del coordinamento sub-regionale orientato, da un lato, alla correzione delle disuguaglianze tra le regioni, e, dall'altro, alla questione dell'autonomia necessaria al buon funzionamento dei consorzi.

Infine, per quanto riguarda la forma dell'organizzazione giuridica, i consorzi sono da considerarsi associazioni civili senza fini lucrativi di diritto privato, nonostante siano mantenuti da soggetti di diritto pubblico (enti dello Stato) e siano finanziati prevalentemente dallo Stato.

La contrapposizione a questa forma di organizzazione giuridica sarebbe il cosiddetto «patto», ossia un accordo praticato tramite la pianificazione microregionale, senza la formazione di un'associazione di diritto civile, come quello praticato nella regione di Betim, Minas Gerais. Vilaça (1996) colloca l'alternativa dei «consorzi programmatici», «una collaborazione tra stati e comuni e, di questi, con istituzioni non governative, per organizzare i livelli secondario e terziario di assistenza, nell'ambito delle microregioni, mediante un processo di negoziazione permanente che si terrà nella Commissione microregionale interistituzionale» (15). Qui si prevede la collaborazione e la cooperazione, non soltanto tra i comuni, ma anche con le regioni e con le organizzazioni non governative (16).

Si consolida l'idea dei Consorzi sanitari, persino entro proposte politiche differenti (17). Ciò nonostante, è importante non tralasciare il fatto che l'organizzazione micro-regionale può riprodurre e/o aggravare gli squilibri inter-comunali e interregionali, nel caso non ci sia un efficiente coordinamento (18).

3.1. Il piano di assistenza del Municipio di San Paolo: la contrattazione con i fornitori di servizi

Il piano di Assistenza alla salute del comune di San Paolo (PAS) è un tentativo di implementare la «municipalizzazione» con logiche peculiari rispetto al resto della nazione.

Il PAS delega la prestazione dei servizi, alle cooperative di lavoro. L'amministrazione comunale mette l'infrastruttura fisica esistente a disposizione delle cooperative e le remunera per numero di abitanti in ciascuna regione; gli operatori sanitari si organizzano in cooperative per prestare i servizi, chiedendo l'autorizzazione (accreditamento) al Municipio. La cooperativa torna così ad essere il gestore delle risorse e il prestatore dei servizi.

La città è stata divisa in 14 zone. In ciascuna zona c'è un ospedale, un centro di sanità e un pronto soccorso; la zona è gestita da una cooperativa madre formata da medici pubblici funzionari in aspettativa. Nella formazione delle cooperative possono partecipare medici o altri professionisti della salute.

Gli utenti della regione servita da una determinata cooperativa devono iscriversi nella regione dove risiedono e possono utilizzare i servizi prestati sempre nella zona di residenza, tranne le urgenze. Il Municipio remunera le cooperative con una somma fissa per cliente potenzialmente iscritto tramite un calcolo stimato nella regione servita dalla cooperativa (R\$ 10,96 per abitante iscritto).

Avendo come punto di riferimento il modello vigente del SUS, si osserva che il PAS rispetta il principio dell'universalità nel servizio, nonostante gli utenti possano disporre del servizio solamente nelle regioni dove sono iscritti e mediante presentazione del certificato di cliente di quella cooperativa. L'esigenza di avere un registro degli utenti è ricollegata alle esigenze

di pianificazione e controllo del sistema, una volta che tutti gli abitanti avranno la possibilità di iscriversi (19).

Una critica che può essere fatta è che il PAS non introduce la competitività nella gestione della sanità, dato che gli utenti non potranno optare per altre cooperative all'esterno della regione dove risiedono. In questo modo le cooperative non dovranno spingere per una maggiore qualità nel servizio ai clienti al fine di ottenere maggiori risorse, e non dovranno neppure adoperarsi per mantenere la loro clientela.

In questo modo, viene indebolito il principio della competizione nell'amministrazione pubblica, attraverso la garanzia della libera scelta da parte del cliente utente e la necessità dei prestatori di servizi di migliorare i loro indici di efficienza per ottenere maggiori risorse.

Si crea così una situazione di quasi monopolio, una volta che le risorse sono garantite e il «mercato» (cioè la popolazione residente in quella regione) catturato.

Per introdurre la competizione nell'amministrazione pubblica il PAS dovrebbe prevedere meccanismi di premio e incentivazione per quelle cooperative che presentano i migliori indicatori di offerta dei servizi sanitari. Dall'altro lato, il fatto che gli utenti di una determinata regione sono vincolati obbligatoriamente ai servizi stabiliti dal PAS, potrebbe portare ad un miglioramento nella qualità dei servizi, una volta che gli utenti non soddisfatti avessero la possibilità di cambiare zona. In questa prospettiva, nel caso altre zone stiano prestando un servizio di migliore qualità, gli utenti della regione si organizzerebbero per disporre di servizi più adeguati.

Prendendo in considerazione il principio del decentramento affermato dal SUS, si può osservare che il PAS attua il decentramento nel momento in

cui sviluppa competenze autonome regionali nella prestazione dei servizi di sanità. Ancora, il comune partecipa al finanziamento, alla gestione e controllo del sistema, il che può essere inteso come una strategia di delega dei poteri ai comuni.

L'unica riserva che può essere fatta relativamente alla concessione totale della prestazione dei servizi di salute, è che non contribuisce all'accumulo di *know-how* decisionale dell'amministrazione comunale.

In relazione ai principi del governo imprenditore, i meccanismi di coordinamento e controllo sono stati poco esplicitati dal PAS: non si sa quali obiettivi il Municipio vuole raggiungere con questo mutamento, quali sono le priorità, quale la politica di sanità che si vuole garantire con questo piano. Ancora, i meccanismi di controllo sociale, cioè quelli attuati dalla società, sono stati poco sondati. Infine, non è esplicito quale sarà «l'intelligenza del sistema», ossia lo sviluppo di capacità di coordinamento e controllo nella pubblica amministrazione locale, così come anche per garantire politiche preventive e di lungo periodo.

Infine, in relazione al controllo sociale, quando si considera la proposta del SUS, non si riesce ad identificare come gli organi collegiali esistenti parteciperebbero alla gestione del PAS.

Ne consegue quindi che il PAS non è partecipativo e, pertanto, non mobilita risorse alternative né garantisce il controllo sociale; sono in atto pressioni da parte della società civile organizzata, dotata di un alto grado di maturità politica e di un buon livello di organizzazione per modificare la configurazione del PAS. Per esempio, la prestazione dei servizi potrebbe essere delegata parzialmente ad associazioni non governative già esistenti e che già stanno operando nel settore, invece di

delegare totalmente a organizzazioni cooperative, la cui gestione in Brasile non gode ancora di una lunga tradizione.

Si può quindi concludere che il PAS, nonostante si configuri ancora come un tentativo di innovare nella pubblica amministrazione, non soddisfa le esigenze costituzionali e legali del modello del SUS. E ciò è evidente in relazione al controllo sociale e riguardo al fatto che non viene costruita una prospettiva imprenditoriale basata sulla competizione e sull'aumento della capacità di coordinamento da parte dell'amministrazione comunale. Si rompe quindi col vecchio, senza però creare il nuovo.

4. Considerazioni finali

Dall'analisi effettuata nell'area della sanità e, in vista del rafforzamento della capacità di *governance*, nascono tre questioni fondamentali.

A) La ridefinizione del ruolo dello Stato.

Ridefinire le aree di attuazione dello Stato e ricostruirlo nelle aree in cui è debilitato, rendendolo capace di esercitare i suoi nuovi ruoli, è essenziale per dotarlo di una maggiore capacità di *governance*.

È dunque necessario un riesame su cosa lo Stato deve fare e finanziare, su ciò che deve pagare ma non fare, e su ciò che non deve né fare e né pagare. Tale questione è fondamentale per distinguere le attività che sono «esclusive dello Stato», e che pertanto devono essere rafforzate; e quelle che sono «competitive», ossia, non hanno «potere di Stato» e, pertanto, possono essere eseguite da diverse organizzazioni sociali (20).

Questo processo sta avvenendo in tutti i paesi. In alcuni, tale mutamento strutturale richiede la riduzione delle aree di attuazione e della grandezza dell'apparato statale. In altri, il

settore pubblico deve essere difeso e rafforzato (21).

Nel caso brasiliano e, specialmente in ambito sanitario, si richiede «la regolamentazione da parte di uno Stato forte e legittimato dalla società.

B) Un nuovo patto federativo.

In seguito al processo di globalizzazione sorgono nuovi livelli di potere, di carattere sovranazionale come, per esempio, i mercati regionali, il che indebolisce una delle caratteristiche più importanti degli stati nazionali: la sovranità.

Questo fatto, amplificato dal processo di decentramento degli ultimi anni, ha causato la cosiddetta «crisi del federalismo».

Le stesse organizzazioni pubbliche cominciano a competere anche su scala regionale, invece che unicamente su scala nazionale. La maggiore autonomia di cui usufruiscono i governi locali dà loro la possibilità di sviluppare formule alternative di gestione pubblica, specialmente in ciò che si riferisce alla cooperazione pubblico-privato, stato-società, pubblico-pubblico (22).

In questo processo paradossale di «globalismo-localismo», si discute sulle funzioni dello stato a livello sub-

nazionale, richiedendo una ridefinizione profonda del suo ruolo. Così, l'idea della federazione in quanto «forma di organizzazione territoriale del potere, di articolazione del potere nazionale con i poteri regionale e locali» (23) viene indebolita.

Ciò che viene rivalutata è l'idea della collaborazione tra gli attori componenti il patto federativo, recuperando le nozioni di cooperazione tra governi e di solidarietà territoriale e sociale.

Concretamente, si rende necessaria una ridefinizione dei ruoli di ciascun livello di governo nella formulazione ed esecuzione delle politiche sociali, nell'ambito di un'azione congiunta e coordinata.

Nel caso della sanità, in particolare, è necessario ripensare alla proposta della «municipalizzazione», tenendo in considerazione il fatto che più di 50% dei comuni brasiliani hanno meno di 20.000 abitanti (vedi tabella 1) il che rende difficile, ad esempio, la manutenzione degli ospedali.

C) Nuovo modello di gestione pubblica.

È necessario ripensare alla struttura organizzativa dell'amministrazione pubblica, tenendo in considera-

Tabella 1 - Distribuzione dei comuni brasiliani in percentuale secondo le classi popolazione (su 1.000 abitanti)

Classi di popolazione (su 1.000)	Numero di Comuni	%
Fino ai 5.....	1.067	21,45
Dai 5 ai 10	1.206	24,24
Dai 10 ai 20	1.338	26,90
Dai 20 ai 50	903	18,15
Dai 50 ai 100	281	5,64
Dai 100 ai 500	154	3,09
Dai 500 ai 1.000	13	0,38
Più di 1.000	11	0,22
Totale.....	4.974	100

Fonte: IBGE, Direzione di scienze geologiche, Dipartimento delle strutture territoriali - Direzione di ricerche, Dipartimento di popolazione e indicatori sociali.

Nota: Per la rilevazione politico-amministrativa del 1994, si sono utilizzati come base di calcolo dati della popolazione residente in data 1° settembre 1991.

zione la fine del modello burocratico, di orientamento razionale-legale, che non risponde più alle necessità di aumento della capacità di *governance*.

Possiamo distinguere alcuni aspetti:

— considerazione dei costi-benefici e dell'economicità nelle forme di prestazione dei servizi, come l'*outsourcing* per le attività ausiliarie, che passano ad essere vendute competitivamente sul mercato;

— focalizzazione sul cittadino-utente e utilizzo di *standard* espliciti di qualità per i servizi pubblici;

— utilizzo di modelli di riferimento (*benchmarking*) e misure di *performance*;

— utilizzazione delle risorse della tecnologia dell'informazione e sviluppo di sistemi interattivi;

— nuove modalità di finanziamento;

— modalità organizzative flessibili, nuove forme di organizzazione giuridica, organizzazioni pubbliche virtuali e in rete.

Nell'area della sanità è importante ripensare al SUS, tenendo in considerazione la necessità di introdurre flessibilità manageriale e finanziaria. L'esperienza italiana delle «aziende sanitarie» — organizzazioni private non lucrative, di attuazione regionale e con autonomia manageriale — possono essere un punto di riferimento importante (24).

In relazione alle esperienze analizzate, possiamo affermare che i Consorzi di salute presentano un potenziale elevato riguardo all'articolazione micro-regionale e all'implementazione di una politica sanitaria a questo livello.

La novità del PAS è invece quella di delegare la prestazione dei servizi totalmente alle cooperative, nonostante ciò esiga una grande capacità di regolamentazione da parte dello stato,

con l'obiettivo di garantire l'efficacia della politica sanitaria.

Le due alternative, articolazione micro-regionale e sub-contrattazione dei servizi, sembrano essere compatibili.

È tuttavia importante sottolineare la necessità di una chiara politica sanitaria, coordinata da uno stato forte, specialmente nella regolamentazione e nell'armonizzazione delle azioni.

(1) Bresser Pereira L.C., 1997, p. 40.

(2) Vilaça Mendes E., 1995.

(3) Il SUS, di cui si è parlato sopra, rientra sia nella politica pubblica di sanità, definita nella Costituzione federale e nella legge complementare che nella rete di prestazione di servizi dello Stato. Così, quando si parla di SUS, si può star parlando sia di politica pubblica, che del sistema statale di prestazione di servizi. Il sistema di cura della salute brasiliano è composto dal sotto sistema statale (rete del SUS), dal sotto-sistema di cura medica complementare (convenzionata e contrattata dal SUS) e dal sotto sistema di pagamento diretto (convegni, assicurazioni e pagamento individuale per i servizi). Noi ci riferiremo alla «politica SUS» alla quale deve essere subordinato il sistema di salute.

(4) L'universalità è garantita dalla legge 8080/90: art. 2. La salute è un diritto fondamentale dell'essere umano, dovendo lo Stato provvedere alle condizioni indispensabili al suo pieno esercizio.

Il dovere dello Stato di garantire la salute consiste nella formulazione e esecuzione di politiche economiche e sociali che mirino alla riduzione dei rischi di malattie e di altri aggravanti, alla realizzazione di condizioni che assicurino un accesso universale e ugualitario alle prestazioni e alla realizzazione dei servizi per la loro promozione, protezione e recupero. Si può affermare quindi, che il passo avanti principale che si è avuto grazie al SUS, è stato il riconoscimento che la salute è un diritto fondamentale dell'essere umano e non una controprestazione di servizi dovuta dal pubblico potere al contribuente del sistema di sicurezza sociale. Quindi, essendo l'accesso all'assistenza governato da principi di universalità e uguaglianza, in quanto diritto fondamentale dell'uomo, non possono esserci limitazioni al servizio. Vedi Carvalho G.I. de e Santos L., 1992, pp. 55 e 61.

(5) Keinert T.M. & Castro Silva C. de, 1995.

(6) Gli organismi collegiali appartenenti al SUS sono principalmente di due tipi: le Commissioni intergestionali, istanze di articolazione, negoziazione e decisione dei gestori del SUS, nei differenti livelli di governo, e le istanze di partecipazione sociale, categoria nella quale si includono i Consigli nazionali, statali e municipali di salute. Vedere a tal proposito «Ministério da saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Departamento de desenvolvimento controle e Avaliação dos serviços de Saúde. Cordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde», 1995.

(7) In accordo a quanto afferma Eugenio Vilaça Mendes (esposizione orale in «Consortios Intermunicipais de Saúde: A Regionalização em Debate», presentato il 27 agosto 1997 nel V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Aguas de Lindoia, SP) è importante che questo spazio non sia «inventato», ma sia già definito dalle sue caratteristiche geografiche, dalla sua attività economica e dalle sue relazioni di scambio e cooperazione.

(8) La Fondazione Prefeito Faria Lima (CEPAM) ha realizzato un lavoro dettagliato di indagine riguardo alla nascita e alle caratteristiche dei Consorzi dello Stato di San Paolo. Si veda Junqueira A.T., 27-28 agosto 1997.

(9) Bertone A.A., 1996, p. 37.

(10) Aquilas Nogueira Mendes. Esposizione orale in «Consortios Intermunicipais de Saúde: A Regionalização em Debate», presentato il 27 agosto 1997 nel V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Aguas de Lindoia, SP.

(11) Nello Stato di San Paolo, tra i consorzi analizzati dal CEPAM (1997), solamente in uno, il consiglio fiscale contiene un rappresentante della DIR regionale della sanità.

(12) Bertone A.A., op. cit., p. 37.

(13) Lo Stato di Minas Gerais conta 10.817.000 abitanti, 706 comuni e 63 consorzi. Il primo consorzio è sorto nel 1993, nella regione di Alto Sao Francisco. Lo Stato sta investendo in questa strategia, prevedendo di coinvolgere entro il 1998 la totalità dei Comuni (la regione Nord-Est dello Stato è l'unica che ancora non ha creato consorzi). Alcuni consorzi, per le loro particolarità, sono già diventati un punto di riferimento. Ecco qui alcuni esempi: Moema: ospedale universitario e residenza medica; Iguatama: centro di oftalmologia; Lagoa da Prata: nucleo di salute mentale e fisioterapia. Alcune iniziative: programma di sanità per la famiglia e decentramento dell'urgenza e dell'emergenza; Integrazione con l'università (con i suoi corsi di medicina, odontologia, infermeria, psicologia, ecc.) e formazio-

ne delle risorse umane; necessità di creazione di un sistema di riferimento e contro-riferimento; produzione dei medicinali di base (Fondazione Ezequiel Dias); centro del sangue (Hemominas); cura quaternaria prestata agli ospedali di punta; cura primaria effettuata nei comuni. Fonte: Rappresentante del Ministero dello Stato della sanità di Minas Gerais. Esposizione orale in «Consortios Intermunicipais de Saude: A Regionalização em Debate», presentato il 27 agosto 1997 nel V Congresso Brasileiro de Saude Coletiva, Aguas de Lindoia, SP.

(14) La critica si riferisce al cosiddetto «modello del sacco senza fondo»: cura degli interessi dell'industria del materiale medico e dell'industria dei medicinali, invece della cura all'utente e al prestatore di servizi. Rappresentante del Ministero dello Stato della sanità di Minas Gerais, op. cit., contrattazione delle risorse umane tramite concorso, il pagamento dei conti ai rispettivi tribunali dei conti, ecc.

(15) Vilaça Mendes E., 1996, p. 291.

(16) Un aspetto interessante del processo di formazione dei consorzi nello Stato di San Paolo è che dei 10 che sono in articolazione, non tutti pretendono acquistare la personalità giuridica, come quelli prima citati. Alcune analisi, come quelle del CEPAM (op. cit.) considerano l'acquisizione della personalità giuridica una necessità operativa, poiché include, per esempio, la contrattazione delle risorse umane tramite concorso. Il «Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado» (1995), proposta di riforma dell'amministrazione pubblica a livello federale, in corso in Brasile, per esempio, identifica quattro «settori» dello Stato: 1) nucleo strategico (formula le leggi e le politiche pubbliche); 2) attività esclusive (hanno il potere dello stato: riscossione delle tasse, polizia, difesa estera); 3) servizi competitivi (servizi pubblici, tramite i quali si esplica il potere estroverso dello stato); 4) produzione di beni e servizi per il mercato. Nei due primi settori, la proprietà deve essere necessariamente statale; nel terzo può essere pubblica non statale; e, nel quarto, privata (con eccezione delle aree strategiche).

(17) «Il consorzio fa "miracoli" applicando i principi del SUS», Folha de Sao Paulo, 1997, pp. 3.1 e 3.7.

(18) Barros P.M., 1995, p. 134.

(19) Al memento dell'implementazione dei primi moduli del PAS, si affermava che non si stava garantendo l'universalità. Come detto precedentemente, la regola giuridica si riferisce all'universalità in quanto diritto dei cittadini all'assistenza indipendentemente da qualunque controprestazione o contributo allo Stato. La Costituzione Federale, nel suo art. 197, definisce i servizi di sanità di rilevanza pubblica, attribuendo al potere pubblico le funzioni di regolamentazione, fiscalizzazione e controllo delle azioni e dei servizi, indipendentemente dall'esecuzione diretta.

(20) Il «Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado» (1995), proposta di riforma dell'amministrazione pubblica a livello federale, in corso in Brasile, per esempio, identifica quattro «settori» dello Stato: 1) nucleo strategico (formula le leggi e le politiche pubbliche); 2) attività esclusive (hanno il potere dello stato: riscossione delle tasse, polizia, difesa estera); 3) servizi competitivi (servizi pubblici, tramite i quali si esplica il potere estroverso dello stato); 4) produzione di beni e servizi per il mercato. Nei due primi settori, la proprietà deve essere necessariamente statale; nel terzo può essere pubblica non-statale; e, nel quarto, privata (con eccezione delle aree strategiche).

(21) OECD, 1996.

(22) Mezzomo Keinert T.M.M. e Castro Silva C. de «Globalização, Estado Nacional e Instancias Locais de Poder na America Latina», 1995 BALAS Proceeding, Washington, p. 9.

(23) Affonso R.B.A. & Silva P.L.B., 1995, p. 5.

(24) Mapelli V., 1993.

BIBLIOGRAFIA

AFFONSO R.B.A. & SILVA P.L.B. (1995), *A Federação em Perspectiva*, Fundap.

BARROS P.M. (1995), *Consortio Intermunicipal: Ferramenta para o Desenvolvimento*, Alga Omega Sao Paulo.

BERTONE A.A. (1996), *Consortios Intermunicipais de Saude - Uma Estrategia Rumo a Regionalização*, Divulgazione in «Saude para o debate», Londrina, Cebes, n. 16, dicembre 1996.

BRESSER PEREIRA L.C. (1997), *A Reforma do Estado dos Anos 90: Logica e Mecanismos de Controle*, Collana MARE, Brasilia.

CARVALHO G.I. DE, SANTOS L. (1992), *Sistema Unico de Saude: comentarios a Lei Organica de Saude*, Hucitec, San Paolo.

JUNQUEIRA A.T. (1997), *Consortios Intermunicipais de Saude: Situação Atual*, V Congresso Brasileiro de Saude Coletiva, Aguas de Lindoia, 27-28 agosto 1997, mimeo.

KEINERT T.M. & CASTRO SILVA C. DE (1995), *Globalização, Estado Nacional e Instancias Locais de Poder na America Latina*, BALAS (Business Association of Latin American Studies) Proceedings, Washington.

MAPELLI V. (1993), *Equity and Efficiency in Italian Health Care*, Health Economics, 2.

MINISTÉRIO DA SAUDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE. CORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE (1995), *Manual: Avançando para a Municipalização Plena da Saude. O que cabe ao Municipio*.

OECD (1996), *Ministerial Symposium on the Future of Public Services*, Paris, 6 March 97.

VILAÇA MENDES E. (1995), *Distrito Sanitario: O Processo Social de Mudança das Praticas Sanitarias do Sistema Unico de Saude*, Hucitec/Abrasco, San Paolo-Rio de Janeiro.

VILAÇA MENDES E. (1996), *Uma Agenda para a Saude*, Hucitec San Paolo.

(1995), *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, MARE Brasilia.

«Il consorzio fa "miracoli" applicando i principi del SUS», Folha de Sao Paulo, 28 luglio 1997.

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

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

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

Istituzioni, incentivi ed efficienza in sanità

Giuseppe Clerico

CEDAM
Padova, 1997
pagg. 284

Nella maggior parte dei sistemi sanitari pubblici, ed in particolare in quelli a servizio sanitario nazionale, sono state avviate riforme finalizzate a migliorare efficienza e qualità dei servizi erogati, evitando nel contempo di rinunciare al principio di equità nell'accesso ai servizi, principio a cui tali sistemi si sono ispirati. Tali processi di riforma hanno coinvolto anche il SSN (Servizio sanitario nazionale) con i decreti 502/92 e 517/93 ed i successivi provvedimenti attuativi.

L'obiettivo del volume, che in parte riproduce lavori già pubblicati dallo stesso autore, è quello di evidenziare, sistematizzandoli nell'ambito della teoria economica delle istituzioni e dei contratti incentivanti, le ragioni del «fallimento del SSN» e i possibili suggerimenti per un miglioramento del livello di efficienza dello stesso. Il taglio è quindi essenzialmente teorico anche se non mancano suggerimenti operativi, peraltro in parte recepiti dalla riforma del SSN.

Poiché, a giudizio dell'autore, efficienza e qualità dei servizi erogati dipendono in modo sostanziale dalle istituzioni che governano l'organizzazione sanitaria, le principali motivazioni delle carenze del SSN sono da ricercarsi nello scostamento tra obiettivi dichiarati ed assetto istituzionale: da tale scostamento derivano incentivi perversi per operatori sanitari e pazienti che condizionano il livello di efficienza nell'erogazione dei servizi. La teoria economica delle istituzioni e la teoria dei contratti incentivanti consentono di suggerire riforme del SSN atte da una parte a migliorare il livello di efficienza del SSN, dall'altra ad evitare che ciò si ripercuota in modo troppo pesante sul livello di equità nell'accesso ai servizi.

Le proposte di riforma vengono sinteticamente analizzate nel primo capitolo, che costituisce una sorta di sintesi generale dei temi affrontati nel testo. Secondo l'autore un miglioramento del livello di efficienza delle organizzazioni sanitarie può venire:

— dall'attribuzione ad ogni erogatore di servizi sanitari della personalità giuridica e dell'autonomia economico-finanziaria;

— dalla creazione di un mercato interno all'SSN, con la separazione tra acquirenti (USL) ed erogatori, che comporti un contrasto di interessi tra gli stessi ed una competizione interna agli erogatori di prestazioni;

— da una riforma del sistema di remunerazione del personale dipendente e convenzionato finalizzata a ridurre gli incentivi per gli operatori sanitari a perseguire interessi privati in contrasto con gli obiettivi dichiarati dalle istituzioni cui appartengono; per i medici di medicina generale si tratterebbe di passare dalla remunerazione a quota capitolaria a forme diverse di responsabilizzazione (controllo delle prescrizioni e *budget*); per i medici ospedalieri il cambiamento dovrebbe consistere nel passaggio dal salario (con controlli carenti sui risultati) ad una remunerazione caratterizzata da maggiore incidenza della quota variabile correlata ad indicatori di *performance* e nella stipulazione di contratti a termine con un superamento della logica dei contratti a tempo determinato;

— dalla definizione di un pacchetto «minimo» di prestazioni garantito in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale e dalla contemporanea responsabilizzazione finanziaria delle regioni sui livelli di assistenza superiori a quello minimo;

— dal passaggio, ai fini del controllo della spesa a carico del SSN, dato il vincolo di equità nell'accesso ai servizi, da strumenti finalizzati a razionalizzare la domanda di prestazioni (compartecipazioni alla spesa), a strumenti che agiscono sul lato dell'offerta, quali, in particolare, l'adozione di contratti tra acquirente ed erogatore tali da trasferire a carico di quest'ultimo gran parte del rischio.

Si osserva come alcune delle proposte formulate dall'autore e suggerite dalla teoria economica istituzionale, abbiano avuto una concreta applicazione nei processi di riforma del SSN italiano. Si pensi ad esempio alla definizione dei livelli uniformi di assistenza ed alla regionalizzazione del SSN; all'introduzione dell'autonomia economico-finanziaria per le aziende USL ed ospedaliere; all'introduzione di un modello di «quasi» mercato interno (di fatto, e con la sola eccezione del Servizio sanitario della regione Lombardia, non si è avuta una totale separazione tra acquirenti ed erogatori di prestazioni: una parte dei presidi ospedalieri e tutta l'attività territoriale sono rimaste in capo alle USL-acquirenti); all'introduzione, a livello locale, di forme di responsabilizzazione dell'attività prescrittiva del medico di medicina generale (responsabilizzazione peraltro non limitata agli aspetti economici ma centrata anche sull'appropriatezza dei profili diagnostico-terapeutici); all'introduzione di logiche budgettarie ed incentivanti negli ospedali.

Il testo quindi non fornisce delle indicazioni nuove rispetto all'attuale contesto di riforma del SSN e, più in generale, dei sistemi sanitari pubblici.

Ha tuttavia il grande pregio di sistematizzare:

— il problema del «fallimento» o delle carenze del SSN nel rispondere ai «fallimenti» del mercato in sanità (con un esplicito riferimento alla teoria istituzionale);

— i possibili fattori correttivi (solo in parte effettivamente adottati), finalizzati ad aumentare il livello di efficienza delle organizzazioni sanitarie, senza al contempo rinunciare al principio di equità nell'accesso ai servizi.

A chi infine non conosce i principali fondamenti dell'economia sanitaria, il testo fornisce un utile «review» di alcuni tra i principali modelli economici di analisi dei comportamenti degli operatori sanitari, utilizzando un linguaggio accessibile a chi non abbia solide basi di economia: dall'analisi del rapporto medico-paziente (rapporto di agenzia imperfetta dovuta ad una situazione di asimmetria informativa, con i conseguenti possibili comportamenti opportunistici da parte del medico di base) a quella della funzione di produzione in ambito sanitario; dai diversi modelli interpretativi del comportamento degli ospedali al tema dei contratti incentivanti nell'ambito del rapporto acquirente-erogatore.

**Rapporto sanità '98.
Priorità e finanziamento
del Servizio sanitario
nazionale: le fragilità**

a cura di Marco Trabucchi
e Francesca Vanara

il Mulino
Bologna, 1998
pagg. 485, L. 75.000

Il libro «Rapporto sanità '98» presenta un approfondimento, ad opera di diversi autori, delle riflessioni sull'organizzazione di un moderno sistema sanitario, sviluppate all'interno di un gruppo di lavoro della Fondazione Smith Kline.

Tutti i saggi evidenziano come si preveda, in futuro, una tendenza alla crescita della spesa sanitaria per rispondere all'aumento della domanda (determinato dall'invecchiamento della popolazione, dall'emergenza di nuove patologie, da più forti richieste degli utenti) e all'impiego di nuove tecnologie. A fronte di questa situazione si manifesta una compressione delle risorse finanziarie disponibili all'interno del SSN e una conseguente pressione al controllo della spesa. Nel volume si sottolinea come, fino ad ora, il controllo della spesa sia stato affrontato utilizzando prevalentemente un approccio economico/finanziario di tipo quanti-

tativo. I contributi dei diversi autori vogliono evidenziare la necessità di aggiungere alcuni elementi qualitativi.

L'idea di fondo alla base dello scritto è di ipotizzare un'organizzazione del Sistema sanitario nazionale che copra le aree di fragilità, che sia cioè in grado di rispondere ai bisogni «di fronte ai quali ogni persona si trova indifesa sul piano psicologico, sociale ed economico». Benché si possa affermare che qualsiasi malattia esponga l'individuo ad una situazione di fragilità, l'intensità di quest'ultima varia, ovviamente, in base alla gravità della patologia. Si suggerisce di affrontare il problema della fragilità creando un sistema sanitario in cui diversi soggetti siano disposti a farsi carico dei problemi di salute transitori e non gravi, per permettere alla «collettività» di rispondere ai bisogni di salute «più pesanti». Questo approccio implica il passaggio da un «modello di universalismo general-generico» (in cui si promette tutto a tutti, anche in presenza di risorse finanziarie limitate) ad un «modello di universalismo selettivo» in cui vengano esplicitate le priorità nelle prestazioni finanziabili con il Fondo sanitario nazionale.

La ridefinizione delle garanzie di universalismo è condizione necessaria per evitare la creazione di un sistema sanitario «a doppio binario», caratterizzato da un sistema privato a pagamento per i cittadini più benestanti e da un sistema pubblico residuale per quelli meno abbienti.

La proposta avanzata nel documento introduttivo del volume è quella di individuare come prioritarie le prestazioni che permettono di fronteggiare la fragilità legata ai grandi rischi, a patologie «catastrofiche», a *handicap* fisici e mentali, a malattie croniche o a lenta risoluzione e a malattie terminali. A tali prestazioni, da garantire a tutti, si aggiungerebbero quelle integrative. Queste ultime dovrebbero essere finanziate dallo Stato, dalle Regioni e/o dai Comuni per la popolazione meno agiata e attraverso l'incentivazione di forme di acquisto collettivo di servizi sanitari per i ceti economicamente più solidi, fatta salva ovviamente la possibilità di acquisto privato di prestazioni individuali.

Altri elementi presentati nel volume come necessari per l'evoluzione verso un nuovo sistema sanitario sono: il passaggio da modelli assistenziali che gestiscono gli acuti a quelli organizzati per cicli terapeutici progettuali che permettono di rispondere adeguatamente anche ai bisogni di prevenzione dei danni e di recupero degli stati di disabilità; l'invenzione di modalità di cura e di assistenza che richiedano un minimo di attivazione degli utenti e del loro intorno al sociale; la ricerca di un'integrazione socio-assistenziale sul piano della progettazione ed esecuzione degli interventi a tutela delle fragilità che si protraggono nel tempo.

Il volume affronta le diverse tematiche proposte utilizzando diversi approcci che includono gli aspetti clinici, assistenziali, economici e politici.

Le considerazioni cliniche sulla «fragilità» analizzano, in particolare, le fragilità somatiche, quelle psichiche e quelle legate all'*handicap*. Nel primo caso si pone una particolare enfasi sul problema della cronicità. Tale fenomeno è tipico della società moderna e nello scritto vengono presentate le risposte organizzative adottabili al fine di superare la logica del rapporto causa-effetto per dare risposte a fenomeni legati alla lenta evoluzione di diversi fattori tra loro interagenti. Il saggio sulle fragilità psichiche mette in risalto soprattutto la necessità di un'integrazione socio-assistenziale per non ignorare l'unicità dell'individuo e la sua qualità di vita. Il problema dell'*handicap* viene affrontato attraverso una disamina degli aspetti antropologici, degli itinerari preventivi, curativi, riabilitativi, e degli scenari istituzionali e programmatori che portano a scelte di tutela e accompagnamento di una forma di fragilità, quale è l'*handicap*, «capace di interpellare e sconvolgere l'esistenza umana».

Di seguito verranno analizzati prevalentemente i contributi di tipo economico data la natura della rivista su cui viene pubblicata la presente recensione.

I saggi di impostazione prevalentemente economica e storica approfondiscono diversi temi relativi all'attuale organizzazione del sistema sanitario, all'assetto di *Welfare State* proposto nel documento iniziale ed al confronto con altri «modelli» di sistemi sanitari.

Nel saggio della Vanara vengono presentate alcune esperienze internazionali di scelta delle priorità all'interno dei sistemi sanitari: la lista delle priorità dell'Oregon (USA), i criteri olandesi per filtrare i servizi essenziali, il nucleo dei servizi di base creato in Nuova Zelanda, la piattaforma etica svedese, la recente esperienza condotta nella Regione Emilia-Romagna di individuazione delle priorità relative alla branca specialistica «Medicina fisica e riabilitazione». Tali esemplificazioni permettono di evidenziare la necessità ed inevitabilità di affrontare il problema della definizione esplicita delle priorità al fine di allineare le aspettative di salute della gente con la disponibilità di risorse. Allo stesso tempo rappresentano esempi significativi circa la difficoltà di trasferire principi, tecniche e criteri di allocazione delle risorse nella pratica e di renderli operativi.

Nello scritto di Grossi viene presentata un'analitica descrizione dei cambiamenti in atto per riformare il *welfare state* in Italia. Tale analisi riguarda le proposte di riforma presentate dai soggetti istituzionali e sociali per ciò che riguarda l'assetto istituzionale, organizzativo, gestionale e finanziario del SSN. Precisamente vengono presentate le proposte di partiti politici (elezioni politiche del giugno '96), Regioni (aprile e luglio '96), organizzazioni sindacali e imprenditoriali, ANCI, CNEL, organizzazioni *non profit*, istituzioni finanziarie nazionali ed internazionali (OCSE, Banca d'Italia, FMI, Ministero del tesoro), studiosi di scienze economiche e finanziarie. Viene quindi illustrato il progetto di riforma del governo Prodi analizzato soprattutto attraverso le linee di intervento definite dalla Commissione Onofri. Vengono inoltre confrontati tre documenti: il Documento di programmazione economica e finanziaria 1998-2000 (presentato a maggio 1996 e successivamente approvato dal Parlamento), il disegno di legge specifico per la sanità presentato dal Ministro Bindi contenente la «Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale» e il cosiddetto collegato alla finanziaria 1998.

Il volume presenta inoltre un contributo di Cosmacini relativo alla storia della sanità pubblica dalla proclamazione del Regno ed il compimento della sua unificazione politico-territoriale ad oggi. Nel saggio di Spinsanti vengono invece ripercorse le diverse formulazioni che la cura e l'assistenza delle persone fragili ha avuto nella nostra storia culturale, nella convinzione che le giustificazioni, in altre parole il «perché» si debbano curare i più deboli, determinino le risposte pratiche, cioè il «come» viene garantita l'assistenza sanitaria.

Nell'ultima parte del libro vengono approfondite le problematiche legate al finanziamento della spesa sanitaria pubblica e privata.

Nello scritto di Petretto la riforma del sistema sanitario pubblico viene inserita all'interno del processo di decentramento finanziario pubblico verso una struttura di federalismo fiscale. Viene evidenziato come nella sanità non sia pienamente applicabile il principio della corrispondenza, secondo cui dovrebbe essere affidata allo Stato la responsabilità di un limitato numero di servizi nazionali (oltre alle politiche distributive e di stabilizzazione del reddito), mentre ai livelli inferiori di governo dovrebbe essere assegnata la responsabilità di fornitura pubblica di beni e servizi, allocati fuori dal mercato, e del relativo finanziamento. Nel sistema sanitario italiano opera una variante al principio di corrispondenza poiché non necessariamente la decisione di fornire gratuitamente determinati servizi locali è presa dagli enti che amministrano l'area di diffusione dei relativi benefici. Il Piano sanitario nazionale, infatti, indica i livelli uniformi di assistenza sanitaria da assicurare a tutti i cittadini.

Date queste premesse, nello scritto vengono ricercati i requisiti che il sistema fiscale regionale dovrebbe assumere in relazione al problema del finanziamento della sanità. La fiscalità generale dello Stato dovrebbe provvedere al fabbisogno relativo ai livelli *standard*; la spesa destinata alla fornitura dei livelli sovrastandard dovrebbe essere coperta da un sistema

di tributi propri con specifiche caratteristiche. Tali tributi dovrebbero essere «visibili» per responsabilizzare le autorità regionali, fornire un gettito sufficiente per dare adeguati margini di autonomia e dovrebbero gravare su basi imponibili che limitino i fenomeni dell'esportazione e della competizione fiscale. In questa parte del libro vengono approfondite le problematiche relative all'introduzione dell'IRAP.

I contributi di Piperno e Bifone sono localizzati sulla mutualità sanitaria e sui fondi sanitari integrativi. Il primo scritto specifica analiticamente perché, a quali condizioni e con quali prevedibili conseguenze, la mutualità sanitaria può incrementare il «valore aggiunto» al sistema sanitario italiano. È, infatti, presentata un'analisi costi/benefici della situazione attuale attraverso l'individuazione dei gruppi sociali che consumano e spendono privatamente; quindi si stima l'impatto di alcune ipotesi alternative di mutualità.

Per ciò che riguarda i fondi sanitari integrativi, viene presentata una panoramica dei fondi attualmente operanti in Italia, evidenziando come oggi essi rappresentano un fattore di incremento della spesa sanitaria. Nello scritto viene quindi proposto un modello di fondo che «operi secondo logiche effettivamente integrative e contribuisca a razionalizzare la spesa complessiva ed a mettere a disposizione dei soggetti più fragili ulteriori risorse».

Da quanto esposto si può affermare che il volume può offrire buoni spunti di riflessione sui temi «caldi» nel dibattito sulla riforma del sistema sanitario nazionale. In particolare, l'eterogeneità degli approcci stimola l'analisi dei problemi e delle sfide che il processo di cambiamento deve affrontare rispetto a diverse ottiche e prospettive.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

LEONARDO FREZZA

Alla ricerca del farmaco

Il Sole 24 ORE, 1997
pagg. 326, L. 59 000

Il libro, dedicato soprattutto a manager e ricercatori delle strutture della «Ricerca e sviluppo» nel campo farmaceutico, ne descrive i percorsi, dettati dalla scienza, dai finanziamenti e dalle ricadute industriali, parlando dei protagonisti, scoprendone i ruoli tra istituzioni pubbliche e aziende private, senza tralasciare le esperienze di ambito internazionale. Assume particolare rilievo l'analisi, condotta nel volume, delle criticità incontrate in Italia, per la scarsità di finanziamenti e incentivazioni e per la burocratizzazione di cui soffre la ricerca biomedica.

SOMMARIO: PRESENTAZIONE (I. CAVICCHI) - INTRODUZIONE - 1. IL CAMMINO DELLA RICERCA - 2. TRA CREATIVITÀ E METODO - 3. PASSAGGI STORICI - 4. PER CAPIRE IL SETTORE - 5. ATTRAVERSO IL PROCESSO DI RICERCA E SVILUPPO DEL FARMACO - 6. LA RICERCA PUBBLICA - 7. L'ORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI - 8. I RUOLI NELLA RICERCA PRIVATA - 9. BIOTECNOLOGIE - 10. TENDENZE.

Nel manuale, utile sia per corsi universitari e di formazione sia per chi già opera nel settore, viene presentata l'educazione sanitaria come disciplina dinamica e in costante evoluzione, fondamento di ogni intervento di prevenzione, attraverso la definizione di aspetti metodologici e teorici assolutamente innovativi. Alla visione socio-sanitaria tradizionale si accompagnano modelli psicologici e pedagogici, offrendo la visione inedita di strategia di sanità pubblica, i cui presupposti e fondamenti risultano essere approccio multidisciplinare e integrazione di competenze. Il testo si divide in due parti, teoria e pratica, dove la prima è supportata da una disamina esauriente di progetti e linee-guida presentati nella seconda.

INDICE: PRESENTAZIONE - PARTE PRIMA. LA TEORIA - 1. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, OVVERO LA STRATEGIA GLOBALE (R. TOMMASI, M. CIAFONE, A. PELLAI) - 2. LA PROGRAMMAZIONE DI UN INTERVENTO DI EDUCAZIONE SANITARIA. IL RIGORE METODOLOGICO COME GARANZIA DI QUALITÀ DELL'INTERVENTO (A. PELLAI, F. CONTINI, G. MENZAGHI) - 3. VALUTARE I PROGETTI EDUCATIVI E PREVENTIVI IN AMBITO SCOLASTICO (A. PELLAI, M. LUPO STANGHELLINI) - 4. COMPORTAMENTI E SALUTE: QUALE RELAZIONE? IL CASO AIDS (A. PELLAI) - PARTE SECONDA. LA PRATICA - 5. LA CONTESTUALIZZAZIONE NORMATIVA. COME LA NORMATIVA PROMUOVE IL CAMBIAMENTO, SVILUPPANDO UNA NUOVA CULTURA (A. PELLAI, G. GOLA) - 6. PREVENZIONE DEL TABAGISMO E POPOLAZIONE GIOVANILE. LE STRATEGIE DI INTERVENTO (A. PELLAI) - 7. STRATEGIE DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO SOCIALE E L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE DI PREADOLESCENTI E ADOLESCENTI. IL METODO PROMOZIONALE-ESPERIENZIALE (C. BERNABEO, A. PELLAI) - 8. UN INTERVENTO DI COMUNITÀ. CONTESTUALIZZARE MODELLI E TEORIE ALLA POPOLAZIONE SCOLASTICA. L'EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLE SCUOLE DEL TERRITORIO DI MONZA (A. PELLAI, L. GRAPELLI, F. VALAGUSSA).

ALBERTO PELLAI

Educazione sanitaria.
Principi, modelli, strategie
e interventi

Franco Angeli
Milano, 1997
pagg. 200, L. 30 000

ALESSANDRO PETRETTO

Economia
della sanità

Nel volume si esaminano gli aspetti fondamentali della disciplina economica che si occupa della tutela sanitaria e della salute, con saggi in parte teorici e in parte riferiti alla realtà istituzionale italiana. Il testo è diviso in tre parti. Nella prima si forniscono alcuni degli elementi più significativi utili allo studio della materia attraverso strumenti e categorie dell'economia politica. Nella seconda vengono discusse le implicazioni delle innovazioni istituzionali presenti nella nuova sanità di molti paesi industrializzati, con particolare riferimento alla dimensione italiana. La terza parte affronta i temi connessi alla politica di decentramento regionale del sistema sanitario del nostro paese e le implicazioni di ambito istituzionale che essi rivestono.

INDICE: INTRODUZIONE (A. PEDRETTO) - PARTE PRIMA: SANITÀ, ANALISI ECONOMICA E INTERVENTO PUBBLICO - RECENTI FILONI TEORICI E FONDAMENTI DELL'ECONOMIA DELLA SALUTE (A. PEDRETTO) - ECONOMIA DELLA SANITÀ: ALCUNI SVILUPPI TEMATICI E PUNTI CONTROVERSI (A. BARILETTI, G. FRANCE) - L'ASSISTENZA SANITARIA IN UN MODELLO DI TRASFERIMENTI INTERGENERAZIONALI: NON-ALTRUISMO, EFFICIENZA E INTERVENTO PUBBLICO (A. BALESTRINO) - INTERVENTO PUBBLICO E TRAPIANTI DI ORGANI A SCOPO TERAPEUTICO: ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI (S. BAVETTA) - PARTE SECONDA: LA RIFORMA DEI SISTEMI SANITARI IN SENSO PROCONCORRENZIALE - CONCORRENZA E REGOLAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (V. MAPELLI) - LA RILEVANZA DELLA TEORIA DEI DIRITTI DI PROPRIETÀ PER LO STUDIO DELLA RIFORMA SANITARIA INGLESE (P. BELLI) - SISTEMA DI PAGAMENTO PROSPETTICO PER RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI DI DIAGNOSI: IL RAPPORTO INTERCORRENTE TRA TARIFFE E COSTI DI PRODUZIONE (F. VANARA) - LA REGOLAMENTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE MEDIANTE TARIFFE: UN'ANALISI DEI SISTEMI DI PAGAMENTO PROSPETTICO (G. FIORENTINI, V. REBBA, D. FABBRI) - MEDICI DI BASE E SPESA FARMACEUTICA: PROLEGOMENI PER LA COSTRUZIONE DI UN BUDGET PREVENTIVO DI SPESA (M. BORDIGNON) PARTE TERZA: SISTEMA SANITARIO E DECENTRAMENTO REGIONALE - FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ E TRASFERIMENTI INTERREGIONALI (R. ARTONI, P. SARACENO) - DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLA SPESA E FINANZIAMENTO DELLE RISORSE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (N. SCICLONE) - DALLA SPESA STORICA ALLA SPESA STANDARD: UNA VALUTAZIONE PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA (S. VETTORAZZI) - L'ASSISTENZA FARMACEUTICA: UN MODELLO INTERPRETATIVO DELLA VARIABILITÀ REGIONALE (A. LEVA).

Il Mulino
Bologna, 1997
pagg. 347, L. 55 000

La nuova convenzione nazionale, stipulata nel 1996, apre nuovi spazi per la riforma dei meccanismi organizzativi e di finanziamento della medicina generale in Italia. Essa sancisce il principio della separazione della quota capitaria in una parte fissa e una variabile con la possibilità di legare quest'ultima al raggiungimento di obiettivi economici e di attività. Nel libro si descrivono gli strumenti principali di finanziamento e le modalità di attribuzione di budget di spesa ai medici generali, riportando gli effetti avuti nei paesi in cui sono stati applicati, con particolare attenzione ad esperienze innovative come quelle americana e britannica. Si passa poi alla situazione italiana, esaminando i modelli organizzativi compatibili con le regole fissate dai decreti di riforma e dalla convenzione e presentando le prime esperienze applicative.

INDICE: PRAFZIONE (F. SASSI) - INTRODUZIONE (G. SERRA) - FORME ALTERNATIVE DI FINANZIAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE (F. SASSI) - BUDGET E ALTRI INCENTIVI ECONOMICI IN MEDICINA GENERALE: L'ESPERIENZA AMERICANA E BRITANNICA (N. GOODWIN) - RIFORMA SANITARIA E MEDICINA GENERALE IN ITALIA (E. BORGONOV, F. LONGO) - NUOVI MODELLI DI GESTIONE DELLA MEDICINA GENERALE: PRIME ESPERIENZE A LIVELLO LOCALE (F. LONGO, E. VENDRAMINI) - CONCLUSIONI: IL FUTURO DELLA MEDICINA GENERALE IN ITALIA (E. VERONESI).

FRANCO SASSI
(a cura di)Gestione e finanziamento
della medicina generale
in ItaliaEdizione Italiana a cura di
SANDRO SPINSANTI

Il Mulino
Bologna 1997
pagg. 254, L. 38.000

MARIA ANGELA BECCHI
ENRICO BERNINI CARRI

Qualità ed efficienza
nell'assistenza domiciliare.
Linee guida in conformità
alle norme ISO 9000

Franco Angeli
Milano, 1998
pagg. 183, L. 30.000

Il volume, che si rivolge al personale dirigente delle aziende USL allo scopo di sensibilizzarlo alle tematiche relative all'introduzione di progetti di assistenza domiciliare nelle proprie aziende, ha come interlocutori principali gli operatori sanitari e sociali già attivi nel settore. Con il testo si vuole offrire: uno strumento gestionale per lo sviluppo di un modello di assistenza domiciliare basato sull'offerta integrata e globale di risorse e finalizzato a rispondere a bisogni di pazienti non autosufficienti; uno strumento didattico sia per la formazione continua degli operatori sia per quella post laurea in medicina; uno strumento di lavoro per la costruzione della documentazione richiesta dagli enti di certificazione (norme ISO 9001, 9002, 9003) o di quella legata all'accreditamento sanitario previsto dai D.L. vi nn. 502 e 517.

INDICE: PRESENTAZIONI (M.P. GARAVAGLIA E G. TAVASANIS) - INTRODUZIONE - 1. LO SCOPO E IL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA - 2. LA PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) - 3. I RIFERIMENTI NORMATIVI - 4. LE RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE - 5. GLI ELEMENTI DEL SISTEMA QUALITÀ - 6. LA FORMAZIONE DELLA QUALITÀ - CONCLUSIONI - APPENDICE 1 - DIAGRAMMA DI FLUSSO RELATIVO ALLE PROCEDURE DI «DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA» - APPENDICE 2 - 1. CARTELLA DOMICILIARE - 2. MODULISTICA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - 3. CARTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - 4. OPUSCOLO INFORMATIVO PER GLI UTENTI - 5. REGOLAMENTO DEI DIRITTI E DELLE RESPONSABILITÀ DEI PAZIENTI E DELLE FAMIGLIE - 6. QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI E DELLE FAMIGLIE - 7. QUESTIONARIO PER LA VERIFICA DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - 8. DOCUMENTO (O SCHEDA) DI BUDGET - GLOSSARIO.

Uscita da angusti confini di norme troppo rigide e desuete, la Pubblica amministrazione sta inoltrandosi nel territorio incerto della discrezionalità e della responsabilità diretta, con l'ausilio di leggi (il D.L. vo 3 febbraio 1993, n. 29, il D.P.R. 10 novembre 1993, n. 470) che molto hanno mantenuto del vecchio linguaggio che si vorrebbe abbandonare. Il testo nasce da esperienze dirette e si propone quale contributo pratico a chi deve affrontare il problema dell'istituzione del Nucleo di valutazione, della Valutazione delle posizioni, dell'Assegnazione degli obiettivi e della Valutazione dei risultati, offrendo una visione sintetica generale delle trasformazioni in atto e riportando i riferimenti normativi e contrattuali da cui esse sono scaturite. Si illustra infine un metodo di valutazione già ampiamente diffuso e le sue modalità applicative.

INDICE: 1. INTRODUZIONE: IL CAMBIAMENTO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (N. OLIVERO) - PARTE I. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - 2. GESTIONE E PIANIFICAZIONE DELLE RISORSE UMANE (N. LONGO E C. CAVAJANO) - PARTE II. LA VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI - 3. SISTEMI E METODI DI VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI (A. LO SARDO E M.L. CRAST) - 4. IL METODO NAXI DI VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI (A. LO SARDO E M.L. CRAST) - PARTE III. LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI - 5. SISTEMI E METODI (C. CAVAJANO E S. NIEDDU) - 6. LA DIREZIONE PER OBIETTIVI (A. LO SARDO E G. MANASSERO) - 7. IL METODO NAXI DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (A. LO SARDO E S. NIEDDU) - 8. ASPETTI PSICOLOGICI DELLA VALUTAZIONE (C. CAVAJANO E M.L. CRAST) - PARTE IV. LA VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI NELL'AZIENDA SANITARIA - 9. VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI DIRIGENZIALI NELLA SANITÀ (P. GARIS E G. MANASSERO) - 10. L'AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE DI CUNEO: PRIME CONCLUSIONI (F. MOIRANO E M. VELLA) - APPENDICE. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO - 1. DECRETO LEGISLATIVO 3 FEBBRAIO 1993, N. 29 - 2. DAL CCNL DELLA DIRIGENZA DELLE REGIONI E DEGLI ENTI LOCALI - 3. CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER L'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA.

NANNI OLIVERO
(a cura di)

La valutazione
dei dirigenti
nella
Pubblica amministrazione

Franco Angeli
Milano, 1998
pagg. 129, L. 20.000

Il testo tratta le modalità di finanziamento e di gestione delle aziende ospedaliere, alla luce della riforma del Servizio sanitario nazionale introdotta dal D.L.vo n. 502/92, descrivendo il sistema di finanziamento a tariffa per prestazione basato sui DRG (Diagnosis Related Groups), che incide fortemente sulla corretta definizione di un sistema di controllo di gestione a supporto della direzione aziendale.

INDICE: INTRODUZIONE - CAPITOLO 1. L'AZIENDA SANITARIA: IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LA RIFORMA - CAPITOLO 2. IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE OSPEDALIERE - CAPITOLO 3. IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE.

SILVIA BRUZZI

**Finanziamento e gestione
delle aziende ospedaliere**

Giuffrè Editore
Milano, 1997
pagg. 170, L. 22.000

SPOGLIO RIVISTE

Bisogno e domanda di servizi sanitari

FONTANA S.A., BAUMANN L.C., HELBERG C., LOVE R.R.
The delivery of preventive services in primary care practices according to chronic disease status
American Journal of Public Health, Vol. 87 (7): 1190-1196, august 1997

HECK K.E., WAGENER D.K., SCHATZKIN A., DEVESA S.S., BREEN N.
Socioeconomic status and breast cancer mortality, 1989 through 1993: an analysis of education data from death certificates
American Journal of Public Health, Vol. 87 (7): 1218-1222, august 1997

FIRTH-COZENS J.
Health promotion: changing behaviour towards evidence-based approaches to quality assessment
BMJ, Vol. 6 (4): 205-211, 1997

ARREDONDO A.
Costs and financial consequences of the changing epidemiological profile in Mexico
Health Policy, Vol. 42 (1): 39-48, 1997

DE BOER ANGELA G.E.M., WIJCKER WOUTER, DE HAES HANNEKE C.J.M.
Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature
Health Policy, Vol. 42 (2): 101-116, 1997

DRUNAT O., HOLSTEIN J., SAINT JEAN O., LUTZLER P.
Apport de la dimension médicale dans l'analyse d'activité en institution gériatrique. L'Index Synthétique de Project Gériatrique (ISPG)
Journal d'Economie Médicale, Vol. 15 (5), juillet: 297-310, 1997

CHOUDHRY N., SLAUGHTER P., SYKORA K., NAYLOR D.
Distributional dilemmas in health policy: large benefits for a few or smaller benefits for many?
Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 2 (4): 212-216, october 1997

HURLEY J., BIRCH S., STODDART G., TORRANCE G.
Medical necessity, benefit and resource allocation in health care
Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 2 (4): 223-230, october 1997

FALIK MARILYN M., SCOTT COLLINS K.
Women's health: the Commonwealth Fund Survey
Journal of Public Health Policy, Vol. 18 (3): 359-361, 1997

KHALLAF N., PIO A.
A national programme for the control of acute respiratory infections
World Health Forum, Vol. 18 (3/4), Part 2: 348-351, 1997

Meccanismi di mercato

LAING A., COTTON S.
Partnerships in purchasing: development of consortium-based purchasing among GP fundholders
Health Services Management Research, Vol. 10 (4): 245-254, november 1997

XUAN NGUYEN N., DERRICK F.W.
Physician behavioural response to a medicare price reduction
Health Services Research, Vol. 32 (3): 283-298, august 1997

STRINGFIELD D., PRYBIL L., TIGHE J.
A unified Health Ministry in Central Tennessee: eleven years of successful partnership
Hospital & Health Service Administration, Vol. 42 (4): 473-488, 1997

UNLAND J.J.
The range of provider/insurer configuration
Journal of Health Care Financing, Vol. 24 (2): 1-35, 1998

GINSBURG P.B.
The dynamics of market-level change
Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 363-382, april 1997

RICE T.

Can markets give us the Health system we want?

Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 383-426, april 1997

MARTIN K.J.

Markets, medicare and making do: business strategies after National Health care reform

Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 557-594, april 1997

GOLD M.

Markets and public programs: insights from Oregon and Tennessee

Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 633-666, april 1997

SILVERSTEIN G.

Physicians' perceptions of commercial and medical managed care plans: a comparison

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 22 (1): 5-22, 1997

SPARER M.S.

Privatization and public hospitals: choosing wisely for New York City

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 22 (1): 251-253, 1997

LAPSLEY I.

Market mechanisms and the management of health care: the UK model and experience

Journal of Management in Medicine, Vol. 11 (5 and 6): 318-329, 1997

Sistemi di finanziamento

BROWN R., PHILLIPS B, BISHOP C., THORNTON C., RITTER G., KLEIN A., SCHOCHET P., SKWARA K.

The effects of predetermined payment rates for medicare home healthcare

Health Services Research, Vol. 32 (4): 397-414, october 1997

FREEDMAN V.A.

Differences across payors in charges for agency-based home health services: evidence from the national home and hospice care survey

Health Services Research, Vol. 32 (4): 433-452, october 1997

BORN P., GECKLER C.

HMO quality and financial performance: is there a connection?

Journal of Health Care Financing, Vol. 24 (2): 65-77, 1998

FRENKEL M.

Financing universal health care coverage for America's children

Journal of Health Care Financing, Vol. 24 (2): 84-86, 1998

WEIL T.P.

Merging HMSOs into all-payer system: a model to pursue?

Journal of Health Care Financing, Vol. 24 (2): 56-64, 1998

CHALKLEY M., MALCOMSON J.M.

Contracting for health services when patient demand does not reflect quality

Journal of Health Economics, Vol. 17 (1): 1-20, 1998

DAVIDSON S.M..

Politics matters! Health care policy and the Federal system

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 22 (3): 879-896, 1997

CINOTTI R., ZANETTI M.

Un modello sistemico per l'accreditamento (il progetto «Verso l'accreditamento» della regione Emilia-Romagna

Organizzazione Sanitaria, Anno XXI (3/4): 31-48, 1997

BRAGA M.

Caratteristiche e limiti di applicazione del sistema di finanziamento a prestazione per gli ospedali

Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (1): 115-132, 1997

NONIS M.

L'impatto del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali: metodologia ed analisi dell'attività di degenza dell'ospedale Fatebene-fratelli di Roma nel triennio 1994-1996

Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (1): 133-149, 1997

TARONI F., ROSSI F., BRAGA M., REPETTO F., D'AMBROSIO M.G., CICHETTI A., GUZZANTI E.

Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera: I. Sistemi di finanziamento e sistemi di controllo

Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (2): 9-26, 1997

Economia del farmaco

WILSON ROBERT P.H., HATCHER JUANITA, BARTON S., WALLEY T.

General practice fundholders' prescribing saving in one region of the United Kingdom, 1991 - 1994

Health Policy, Vol. 42 (1): 29-38, 1997

ANIS A.H., WEN Q.

Price regulation of pharmaceuticals in Canada

Journal of Health Economics, Vol. 17 (1): 21-38, 1998

KANAVOS P.

Single european currency and monetary union: macroeconomic implications for pharmaceutical spending

PharmacoEconomics, Vol. 13 (1), Part 1: 9-20, 1998

ANIS A.H., RAHMAN T., SCHECHTER M.T.

Using pharmacoeconomic analysis to make drug insurance coverage decision

PharmacoEconomics, Vol. 13 (1), Part 2: 119-126, 1998

GERDTHAM U-G., JOHANNESSON M., GUNNARSSON B., MARCUSSON M., HENRIKSSON F.

The effect of changes in treatment patterns on drug expenditure
PharmacoEconomics, Vol. 13 (1), Part 2: 127-134, 1998

Rapporto sulle variazioni 1994-1995 della quantità e della qualità delle prescrizioni farmaceutiche nella medicina convenzionata esterna in 9 Regioni italiane

Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I, supplemento 1, giugno 1997

RANDISI R.

Disciplina normativa e problematiche della procedura di acquisto dei farmaci nelle aziende sanitarie
Sanità Pubblica, 7/8: 791-804, 1997

RANJIT R. CHANDHURY, BAPNA J.S.

Essential drugs and lower costs
World Health Forum, Vol. 18 (3/4): 345-347, 1997

MOHAN P. JOSHI, BALKRISHNA KHAKUREL

Drug rationalization: now for the hard part
World Health Forum, Vol. 18 (3/4): 348-351, 1997

LYNETTE PALMER DURODAMI LISK

Who prescribe better: doctor or dispensers?
World Health Forum, Vol. 18 (3/4): 352, 1997

Valutazione economica delle attività sanitarie

ERNSTER V.L.

Mammography screening for women aged 40 through 49 - A guidelines saga and a clarion call for informed decision making
American Journal of Public Health, Vol. 87 (7): 1103-1106, July 1997

BRIGGS A., FENN P.

Tryng to do better than average: a commentary on «statistical inference for cost-effectiveness ratios»
Health Economics, Vol. 6 (5): 491-496, september-october 1997

BALAS E.A., KRITSCHMER R.A.C., GNAMM W., WEST D.A., BOREN S.A., CENTOR R.M., NERLICH M., GUPTA M., WEST D.T., SODERSTROM N.S.

Interpreting cost analyses of clinical interventions
JAMA, Vol. 279 (1): 54-57, January 1997

GAYNOR M., NOGT W.B.

What does economics have to say about Health policy anyway?
Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 475-496, April 1997

DEL JUNCO D.J., SOUCHEK J., WRAY N.P., MANSYUR C.L.

The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence
Medical Care, Vol. 35 (10): 1044-1059, October 1997

DE BOER M-J., ZIJLSTRA F.

Treating myocardial infarction in the post-GUSTO era: a european perspective
PharmacoEconomics, Vol. 12 (4): 427-437, 1997

MAYNARD A.

Economic evaluation techniques in healthcare: reinventing the Wheel? The Author's reply
PharmacoEconomics, Vol. 12 (4): 505-506, 1997

ROVIRA J., ANTOÑANZAS F.

Economic evaluation techniques in healthcare: reinventing the Wheel?
PharmacoEconomics, Vol. 12 (4): 501-505, 1997

RUBENSTEIN L.M., CHRISCHILLES E.A., VOELKER M.D.

The impact of Parkinson's disease on health status, health expenditures, and productivity: estimates from the National Medical Expenditure Survey
PharmacoEconomics, Vol. 12 (4): 486-498, 1997

TURPIE I., STRANG D., DARZINS P., GUYATT G.

Health status assessment of the Elderly
PharmacoEconomics, Vol. 12 (5): 533-546, 1997

GUYATT G., JAESCHKE R.J.

Reassessing quality-of life instruments in the evaluation of new drugs
PharmacoEconomics, Vol. 12 (6): 621-626, 1997

ISKEDJIAN M., TRAKAS K., BRADLEY C.A., ADDIS A., LANCTÔT K., KRUK D., ILERSICH A.L., EINARSON T.R.

Quality assessment of economic evaluation published in PharmacoEconomics: the first four years (1992 to 1995)
PharmacoEconomics, Vol. 12 (6): 685-694, 1997

LILJAS B.

How to calculate indirect costs in economic evaluations
PharmacoEconomics, Vol. 13 (1), part 1: 1-7, 1998

Analisi dei sistemi sanitari

HALPIN SCHAUFFLER H., WILKERSON J.

National health care reform and the 103rd Congress: the activities and influence of public Health advocates
American Journal of Public Health, Vol. 87 (7): 1107-1112, July 1997

- HACKER J.S., SKOCPOL T.
The new politics of U.S. Health policy
Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 315-338, april 1997
- THORPE K.E.
The Health system in transition: care, cost and coverage
Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 339-362, april 1997
- OBERLANDER J.B.
Managed care and medicare reform
Journal of Health Politics and Law, Vol. 22 (2): 595-632, april 1997
- DE KERVASDOUÉ J.
The French reforms: a rich area for health services research
Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 2 (4): 197-199, october 1997
- BARLOW J.
Evidence-based health care: management and practice
Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 2 (4): 251-252, october 1997
- KLEIN R., DAY P., REDMAYNE R.
Managing Scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service
Journal of Public Health Policy, Vol. 18 (3): 362-363, 1997
- BAUMGART A.J.
Hospital reform and nursing labor market trends in Canada
Medical Care, Vol. 35 (10), supplement: 124-131, october 1997
- BUCHAN J., HANCOCK C., RAFFERTY A.M.
Health sector reform and trends in the United Kingdom hospital workforce
Medical Care, Vol. 35 (10), supplement: 143-149, october 1997
- GUZZANTI E.
L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte
Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (1): 15- 66, 1997
- SERAFIN I.
Configurazione istituzionale e programmi dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (1): 7-14, 1997
- SCOTT-SAMUEL A.
Health inequalities recognised in UK
The Lancet, Vol. 350 (9080): 753, september 1997
- Programmazione e organizzazione del lavoro**
- RENVOIZE E.B., HAMPSHAW S.M., PINDER J.M., AYRES P.
What are hospitals doing about clinical guidelines?
BMJ, Vol. 6 (4): 187-191, 1997
- HEALY J., MCKEE M.
Health sector reform in Central Eastern Europe: implication for health professionals
Health Policy and Planning, Vol. 12 (3): 286-295, 1997
- WEINER B.J., SHORTELL S. M., ALEXANDER J.
Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board and physician leadership
Health Services Research, Vol. 32 (4): 491-510, october 1997
- NEVILLE BONNER T.
Becoming a Physician: medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1045
Journal of Public Health Policy, Vol. 18 (3): 370-378, 1997
- LONGANELLA F., CASTALDO V., LONGANELLA W.
L'incentivazione del personale
L'Ospedale, Anno L (6/7): 13-16, 1997
- ANDERSON G.
Hospital restructuring and the epidemiology of Hospital utilization: recent experience in Ontario
Medical Care, Vol. 35 (10), supplement: 93-101, october 1997
- MÜLLER-MUNDT G.
Trends in hospital restructuring and impact on the workforce in Germany
Medical Care, Vol. 35 (10), supplement: 132-142, october 1997
- CARNEVALI G.
Il dipartimento ospedaliero in Piemonte: indirizzi e soluzioni applicative
Organizzazione Sanitaria, Anno XXI (3/4): 61-79, 1997
- Controllo di gestione e sistemi informativi**
- SELF P.C., SAYED E.N., HENRY J.K., HEATH-HANSEN E.
Bridging the information gap for Virginia Public Health Nurses
American Journal of Public Health, Vol. 87 (8): 1376-1377, august 1997
- BAKER J.J., BOYD G.F.
Activity-based costing in the operating room at Valley View Hospital
Journal of Health Care Financing, Vol. 24 (1): 1-9, 1997

MELLETT H., WILLIAMS J.

Accountability and the accounting regime in the public sector: some messages from the NHS

Journal of Management in Medicine, Vol. 11 (5 and 6): 269-278, 1997

DI PAOLA B., DI PAOLA G., ERRERA A.M., MANCINI M.A., ORTOLANI S., DI PAOLA M.

Il centro di costo nell'azienda policlinico universitario: il «gruppo integrato» di didattica e ricerca

Organizzazione Sanitaria, Anno XXI (3/4): 136-146, 1997

TARONI F., ROSSI F., BRAGA M., REPETTO F., D'AMBROSIO M.G., CICCHETTI A., GUZZANTI E.

Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera: 2. Il sistema dei controlli negli Stati Uniti

Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari, Vol. I (2): 27-42, 1997

NONIS M.

Quale informazione per la valutazione dell'attività ospedaliera

Ricerca sui servizi Sanitari, Vol. I, (1): 93-114, 1997

LEGA F.

Il giudizio di economicità per le aziende sanitarie pubbliche: primi cenni alla luce della transizione dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica

Sanità Pubblica, 7/8: 761-790, 1997

LIPPEVELD T., SAUERBORN R., SAPIRIE S.

Health information systems-making them work

World Health Forum, Vol. 18 (2): 176-184, 1997

Altro

FRATER A.

Quality care in developing countries: relevance and reality

BMJ, Vol. 6 (4): 179-180, 1997

VAN DEN HEUVEL WIM J.A., WIERINGH R., VAN DEN HEUVEL LISETTE P.M.

Utilisation of medical technology assessment in health policy

Health Policy, Vol. 42 (3): 211-222, 1997

MORONE JAMES A.

Enemies of the people: the moral dimension to public health policy

Journal of Politics, Policy & Law, Vol. 22 (4): 993-1020, 1997

BOMPIANI A.

I comitati di bioetica della Comunità europea e dell'Unesco: attività e risultati

Sanità Pubblica, 9: 865-896, 1997

LA STATISTICA PER I MEDICI

di Simone Gerzeli

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

I metodi statistici trovano ampia applicazione nella ricerca scientifica e sono attualmente utilizzati in tutte le scienze in particolare nelle scienze biomediche.

Nell'esercizio della loro professione i medici e in genere coloro che operano in sanità devono sempre più frequentemente confrontarsi con la statistica per diversi motivi.

Innanzitutto la medicina sta diventando sempre più quantitativa poiché il continuo progresso tecnologico implica un maggior utilizzo di dati quantitativi piuttosto che qualitativi, di conseguenza il medico è portato ad organizzare il proprio lavoro ricorrendo ad un metodo, la statistica, che gli consenta di raccogliere, gestire ed elaborare informazioni quantitative. Anche qualora faccia ricorso ad elaborazioni eseguite da altri, il medico o l'operatore sanitario, deve possedere una certa conoscenza della statistica per interpretare correttamente i risultati conseguiti.

Inoltre la programmazione, l'esecuzione e l'interpretazione della maggior parte delle ricerche nel campo sanitario, come ad esempio quelle relative all'efficacia di un farmaco o ai rischi di un certo trattamento, oppure la risposta a quesiti relativi alla diagnosi o alla probabilità di sopravvivenza di un paziente, si basano sulla metodologia statistica.

Infine la letteratura medica si sta arricchendo sempre più di articoli in cui le tecniche statistiche sono largamente impiegate; di conseguenza, il medico deve confrontarsi anche con la statistica per poter rimanere aggiornato e poter leggere criticamente i risultati presentati.

Da quanto detto emerge chiaramente l'esigenza per i ricercatori di cercare di appropriarsi di questa metodologia nella organizzazione e conduzione del loro lavoro.

Parecchi corsi e libri di testo di statistica si soffermano molto sugli aspetti tecnici delle procedure statistiche (come ad esempio il *test-t* di Student) piuttosto che definire la motivazione del ragionamento statistico. Perciò vi è il rischio che il ricercatore «inesperto» consideri la statistica come un lavoro abituale di calcolo da intraprendersi alla fine di un progetto di ricerca piuttosto che una parte integrale del metodo scientifico che influenza il disegno dello studio, l'esecuzione, l'analisi e l'interpretazione di una ricerca.

Lo scopo dell'analisi statistica, in uno studio ben disegnato, è di presentare una valutazione di determinate ipotesi scientifiche che sia chiara, priva di distorsioni e basata su appropriate misure. Questa oggettività del metodo statistico è vitale per evitare che idee preconcepite e le attese di alcuni investigatori nei riguardi dei risultati di un progetto influenzino l'analisi dei dati o che questi siano letti secondo la prospettiva più conveniente. Questo vale anche per le procedure statistiche più comunemente usate, quali i test di significatività, che spesso non sono appropriatamente impiegati o mal interpretati.

Un buon manuale di statistica dovrebbe quindi essere uno strumento che stimoli l'acquisizione di una mentalità quantitativa non dogmatica, di un linguaggio e di uno spirito critico sufficiente a plasmare un utente capace di leggere e utilizzare le diverse tecniche stati-

stiche in modo proficuo, in relazione al tipo di problema e agli scopi che ci si prefigge, piuttosto che al tipo di dati disponibili.

Il metodo da usare di volta in volta deve essere suggerito o adottato in base al problema posto e non solo ai dati disponibili; si deve acquisire la capacità di pianificare le osservazioni in base allo scopo o ad un'ipotesi di lavoro, invece di cercare a posteriori quale tecnica possa essere usata per l'analisi dei dati disponibili.

Le tecniche per la tabulazione, la presentazione grafica dei dati e i metodi usati per riassumere una massa di dati in pochi numeri particolarmente informativi fanno parte della statistica descrittiva. La statistica inferenziale, invece, ha a che fare con le basi logiche per mezzo delle quali si possono trarre conclusioni pertinenti riguardanti le popolazioni, a partire dai risultati forniti da un campione. Il concetto di inferenza dal campione alla popolazione si basa sulla teoria matematica delle probabilità. Per usare i metodi statistici in modo adeguato non è necessario conoscere e avere dimestichezza con la teoria matematica, è sufficiente conoscere la metodologia, gli assunti basilari per mezzo dei quali le tecniche statistiche possono essere usate e soprattutto l'appropriata interpretazione dei risultati.

Tutti quei fenomeni collettivi le cui manifestazioni presentano variabilità individuale richiedono tassativamente l'impiego della statistica per il loro studio. La statistica infatti predispone gli strumenti per l'osservazione di questi fenomeni, fornisce i mezzi che consentono la loro efficace rappresentazione, permette di evidenziare delle regolarità mediante appropriati indici, verifica le ipotesi che hanno originato lo studio: i risultati sono sempre interpretati in chiave probabilistica, nel senso che ogni conclusione circa la stima dei parametri o la verifica di ipotesi è presa sempre con una probabilità, di norma molto elevata, mai con certezza.

Indispensabile, per una visione d'insieme della conduzione di una ricerca, è l'approfondimento della metodologia della ricerca sociale empirica e delle scienze naturali, i cui temi nodali riguardano principalmente la rilevazione dei dati quantitativi (misure o conteggi). Essa consiste in quel complesso di operazioni, come il campionamento, la formulazione del questionario, la stesura del protocollo, con cui si viene a conoscenza e si misura il fenomeno studiato in una certa popolazione o campione.

Di seguito vengono suggeriti dei testi di statistica introduttiva (prevalentemente in lingua italiana), in ordine alfabetico per autore, sui quali il lettore può approfondire i problemi che più frequentemente si presentano in medicina.

Vengono indicati anche dei testi più specifici (prevalentemente in lingua inglese), in ordine alfabetico per autore, che approfondiscono particolari metodologie e tecniche statistiche, consigliati a chi già possiede delle conoscenze quantitative elementari.

Per coloro che sono interessati al disegno dello studio e ai metodi per l'analisi statistica dei dati nelle sperimentazioni cliniche controllate (esperimenti pianificati per valutare i trattamenti più efficaci per futuri pazienti con una certa patologia) si consiglia la lettura del Pocock S.J.

Inoltre vengono indicati dei testi relativi alla costruzione del questionario alle tecniche di campionamenti, infine è suggerita la lettura di articoli per approfondire particolari aspetti di metodologia statistica.

Riferimenti bibliografici di testi introduttivi alla statistica medica

ALTMAN D.G.
Practical statistics for medical research
Chapman and Hall, London, 1991

ARMITAGE P.
Statistica medica: metodi statistici per la ricerca in medicina
Feltrinelli Editore, Milano, 1992

BALLATORI E.
Statistica e metodologia della ricerca
Galeno, Perugia, 1990

CLARKE G.M. AND COOKE D.
A Basic Course in Statistics
Edward Arnold, London, 1983

- COLTON T.
Statistica in medicina
Piccinin Nuova Libreria, Padova, 1988
- DI ORIO F.
Statistica Medica: le basi quantitative della ricerca biomedica
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988
- FRAIRE M., RIZZI A.
Elementi di statistica
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988
- FRAIRE M., TERRANOVA F.
Manuale di statistica e programmazione sanitaria
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1983
- FROSINI B.V.
Lezioni di Statistica
Vita e Pensiero, Milano, 1987
- GORE S. M., ALTMAN D.G.
La statistica nella Pratica Medica
Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1990
- GORE S. M., ALTMAN D.G.
Gli intervalli di confidenza
Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1990
- GLANZ S.
Statistica per discipline bio-mediche
McGraw-Hill, Milano, 1994
- GRASSI M.
Statistica in Medicina. Un approccio basato sulla verosimiglianza
McGraw-Hill, Milano, 1994
- MOOD A.M., GRAYBILL F.A., BOES D.C.
Introduzione alla statistica
McGraw-Hill, Milano, 1988
- POLETTI P., VIAN F.
Metodologia della ricerca e statistica
SUMMA, Padova, 1990
- RIZZI A.
Analisi dei dati: applicazioni dell'informatica alla statistica
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985
- ROSSI C., SERIO G.
La metodologia statistica nelle applicazioni biomediche
Springer-Verlag, Berlin, 1990
- Riferimenti bibliografici di testi che approfondiscono particolari tecniche statistiche**
- ANDERSEN E.B.
The Statistical Analysis of Categorical Data
Springer-Verlag, Berlin, 1991
- ANDERBERG M.R.
Cluster Analysis for Applications
Academic Press, New York, 1973
- BENZECRI J.P.
Correspondence Analysis Handbook
Marcel Dekker, New York, 1992
- BERGER J.O.
Statistical decision theory and bayesian analysis
Springer-Verlag, New York, 1980
- CHATTERJEE S., PRICE B.
Regression Analysis by Example
John Wiley & Sons, New York, 1977
- COX D.R.; OAKERS D.
Analysis of Survival Data
Chapman & Hall, London, 1984
- EVERITT B., DUNN G.
Applied Multivariate Data Analysis
Edward Arnold, London, 1991
- GOLDSTEIN M., DILLON W.R.
Discrete Discriminant Analysis
John Wiley & Son, New York, 1978
- HOSMER D., LEMESHOW S.
Applied Logistic Regression
John Wiley & Son, New York, 1989
- KLEIMBAUM D.G., KUPPER L.L., MULLER K.E.
Applied regression analysis and other multivariate methods
PWS-KENT, Boston, 1990
- MCDONALDS R.P.
Factor Analysis and Related Methods
Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale New Jersey, 1985
- PESARIN F.
Introduzione al calcolo delle probabilità
La nuova Italia Scientifica, Roma, 1989
- POCOCK S.J.
Clinical Trials: A practical Approach
John Wiley & Son, Chichester, 1983

SEIDEL L.F., GORSKY R.D., LEWIS J.B.
Applied quantitative methods for health services management
Health Professions Press, Baltimore, 1995

SELVIN S.
Statistical Analysis of Epidemiologic Data
Oxford University Press, New York, 1991

WHITTAKER J.
Graphical Models in Applied Multivariate Statistics
John Wiley & Son, New York, 1990

Riferimenti bibliografici riguardanti la costruzione del questionario

ISTAT
Il questionario; progettazione, redazione e verifica
Istat, Roma, 1989

STONE D.H.
Design a questionnaire
British Medical Journal 307:1264-66, 1993

Riferimenti bibliografici di testi sulle tecniche di campionamento

COCHRAN W.G.
Sampling Techniques
John Wiley & Son, New York, 1977

DE CARLO N.A.
Introduzione al campionamento
Liviana, Padova, 1979

FABBRIS L.
L'indagine campionaria: metodi, disegni e tecniche di campionamento
NIS, Roma, 1989

FROSINI B.V.
Il campionamento da popolazioni finite: metodi e applicazioni
UTET libreria, Torino, 1994

MONTINARO M.
Introduzione al campionamento statistico
Tirrenia stampatori, Torino, 1994

STUART A.
The ideas of sampling
Griffin, 1984

Riferimenti bibliografici di articoli che approfondiscono particolari aspetti statistici

BOBBIO M., BONGIOANNI S., COGGIOLA M., DEMICHELIS B., LONGO M.
Saper leggere un articolo scientifico
Giornale Italiano di Cardiologia, 25:783-792, 1995

BORLAND C.
Effect size
British Medical Journal, 310(6986):672, 1995

BOWALEKAR S.K.
Statistics in medical research IV. Sampling distribution, statistical testing of hypothesis and student's t-test
Journal Postgraduate Medicine, 40(1):46-51, 1994

COBO E., CAMPBELL M.J.
Interpreting results of observational research. P values are still useful
British Medical Journal, 309(6966): 1439, 1994

COOK R.J., SACKETT D.L.
The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect
British Medical Journal, 310(6977):452-4, 1995

CUMSILLE F., CUMSILLE M.A., DECINTI E., MONTESINOS N.
Assessment of the use of statistical method in health research
Revista Medica de Chile, 124(9): 1137-41, 1996

EBRAMZADEH E., MCKELLOP H., DOREY F., SARMIENTO A.
Challenging the validity of conclusions based on P-values alone: a critique of contemporary clinical research design and methods
Instructional Course Lectures, 43:587-600, 1994

GAUVREAU K., PAGANO M.
Non parametric tests of hypothesis
Nutrition, 9 (5):477, 1993

GAUVREAU K., PAGANO M.
Hypothesis tests
Nutrition, 9(2):186-7, 1993

HILL S.A.
Errors in Statistical analysis
Journal of Neurosurgery, 84(4): 713-4, 1996

JOHNSON L.A.
Analysis of variance of parameter estimates: F tests and t-tests
Analytical Biochemistry, 206(1):195-201, 1992

MCAWEENEY M.J., TATE D.G., MCAWEENEY W.J.
Statistical guidelines
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 77(1):101-2, 1996

MULWARD S., GOTZSCHE P.C.

Sample size of randomized double-blind trials 1976-1991
Danish Medical Bulletin, 43(1):96-8, 1996

OLSEN E.

Effect of sampling on measurement errors
Analyst, 121:1155-61, 1996

PAGANO M.

Representative samples
Nutrition, 8(2): 112, 1992

PALMER C.R.

Ethics and statistical methodology in clinical trials
Journal of Medical Ethics, 19(4):219-22, 1993

PICKIN M., NICHOLL J.

Number needed to treat. Number who benefit per unit of treatment may be a more appropriate measure
British Medical Journal, 310(6989):1270, 1995

SCIALLI A.R.

Confidence and null hypothesis
Reproductive-Toxicology, 6(5):383-4, 1992

SELVIN S., WHITE M.C.

Description and reporting of statistical methods
American Journal Infection-Controll, 21(4):210-5, 1993

THOMAS R., PADMA P., BRAGANZA A., MULIYIL J.

Assessment of clinical significance: the number needed to treat
Indian Journal of Ophthalmology, 44(2):113-5, 1996

Costo dell'abbonamento per l'anno 1998: L. 310.000

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 e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura dell'1% (unopercento) 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 1998 è fissato in:

L. 310.000 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. 80.000).

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.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

Il prezzo dell'abbonamento 1998 per l'estero è fissato come segue: ECU 300; Francia FF 2.000; Germania DM 600; Gran Bretagna LS 200; Spagna PTS 40.000; Svizzera FS 400; U.S.A. (via aerea) \$ 300.

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
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 200.000
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) L. 250.000
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) L. 250.000

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 1.105.000, anziché L. 1.300.000, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.