

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# UN PRONTO SOCCORSO DI QUALITÀ? GARANTIRE UN BUON CLIMA ORGANIZZATIVO!

Paola Consiglio<sup>1</sup>, Rosalba Filosa Martone<sup>2</sup>, Luigi Moschera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi del Molise

<sup>2</sup> Università degli Studi di Napoli «Federico II»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il soccorso ospedaliero nell'ambito del sistema integrato di emergenza sanitaria - 3. Obiettivi e metodologia della ricerca - 4. Cenni sul contesto territoriale - 5. Cenni sul contesto strutturale - 6. Il processo clinico-diagnostico del paziente - 7. L'analisi del clima nel pronto soccorso - 8. Riflessioni conclusive e alcuni suggerimenti.

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni il rapporto tra cittadini e aziende erogatrici di servizi pubblici è stato oggetto di un profondo e radicale processo di cambiamento; i cittadini, infatti, hanno preso coscienza dell'importanza del loro ruolo e dei loro diritti e, diventati più esigenti, hanno espresso il bisogno di essere considerati sempre più dei clienti.

Riferendoci in particolare al servizio sanitario, una delle possibili letture del nuovo assetto del settore, dopo il riordino posto in essere dalla riforma del 1992, vede come aspetto qualificante della legge proprio la nuova posizione di cliente assunta dal paziente. Il nuovo ruolo di quest'ultimo fa sì che muti necessariamente il comportamento del *management* e che, nel contempo, il modello di gestione delle strutture di offerta delle prestazioni sanitarie divenga oggi più che mai *client oriented*.

In realtà, parlare di una strategia *client oriented* per un'azienda erogatrice di servizi, e forse ancor più per un ospedale, non dovrebbe costituire una grande rivoluzione in quanto queste strutture dovrebbero essere per loro natura orientate alla soddisfazione dei

bisogni specifici di ogni singolo cliente; inoltre, questo tipo di approccio alla qualità delle prestazioni e, soprattutto, alla soddisfazione dei pazienti è con forza ribadito nella legge di riforma 502 del 1992 dove ritroviamo all'articolo 14 il richiamo, per gli organismi istituzionali e le singole aziende, ad un atteggiamento improntato alla ricerca di quelle soluzioni che permettano di confermare, o superare, le legittime aspettative dei pazienti-clienti (1).

Sulla scia del citato art. 14 il Ministero della sanità ha emanato nell'ottobre 1996 un nuovo decreto che contiene una serie di indicatori di qualità del servizio riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione, il diritto all'informazione e ad adeguate prestazioni alberghiere (2). È evidente, quindi, che l'attenzione del sistema sanitario pubblico sia sempre di più finalizzata a garantire ai cittadini-clienti una elevata e costante qualità dei servizi erogati.

Prendendo spunto da queste considerazioni, e per offrire ai responsabili delle aziende sanitarie napoletane delle informazioni utili nel percorso intrapreso verso la qualità, nell'anno accademico 1996-1997, presso il Dipartimento di Economia aziendale del-

l'Università degli Studi di Napoli «Federico II» (3), è stata svolta una ricerca che ha avuto come obiettivo la rilevazione delle relazioni che esistono tra i livelli di qualità delle prestazioni percepiti dai pazienti ed i livelli di qualità delle condizioni di lavoro percepite dagli operatori che svolgono la propria attività nell'ambito del servizio di pronto soccorso, uno dei punti più critici dell'ospedale.

I risultati di questa indagine e le riflessioni relative sono l'oggetto di questo scritto.

## 2. Il soccorso ospedaliero nell'ambito del Sistema integrato di emergenza sanitaria

Il Pronto soccorso ospedaliero è certamente un punto nodale del Servizio sanitario nazionale; esso, infatti, è chiamato a rispondere a problematiche sanitarie che necessitano di un'assistenza immediata, continuativa e improgrammabile con gli evidenti ri-

---

Lo scritto è il risultato del lavoro congiunto dei tre autori, in particolare la professoressa Filosa Martone ha curato la stesura dei paragrafi 1, 3, 6 ed 8, Paola Consiglio i paragrafi 2, 4 e 5 e Luigi Moschera il paragrafo 7.

svolti organizzativi che tutto ciò comporta.

Prima di analizzare le funzioni tipiche del servizio di pronto soccorso, attraverso una sua configurazione strutturale ideale, sembra opportuno soffermare l'attenzione su due aspetti, fortemente connessi, che in modo stringente influenzano l'attività e il clima di questo servizio. Si fa riferimento alla gestione dell'emergenza extra-ospedaliera e alla improrogabile necessità di coordinare, integrare e chiarire il rapporto tra i punti di soccorso ospedaliero ed il territorio.

Una prima sistemazione organica della legislazione, che ha ad oggetto il sistema di emergenza sanitaria, si è avuta con il DPR del 27 marzo 1992 denominato: «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza» recepito dalla Regione Campania con la legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2, «Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria».

Sotto il profilo organizzativo, il fulcro dell'intervento risiede nella necessità di creare una forte integrazione tra le due fasi fondamentali del sistema di emergenza: quella extra-ospedaliera, costituita dal sistema di allarme sanitario, e quella intra-ospedaliera costituita dal sistema di accettazione e di emergenza sanitaria che consiste nella stabilizzazione e cura del paziente in strutture tecnicamente e logisticamente adeguate.

Il decreto si dimostra notevolmente innovativo soprattutto per quanto concerne le problematiche relative alla fase extra-ospedaliera del soccorso; in esso, infatti, vengono chiaramente definite le strutture da porre in essere, le tecnologie da adoperare e le funzioni di ciascuna unità operativa. Il cuore del sistema, così come riprogettato, è senza dubbio la Centrale operativa territoriale alla quale dovrebbero giunge-

re, mediante un numero telefonico unico nazionale (118), tutte le chiamate di soccorso sanitario provenienti dai pazienti del bacino competente. La C.O., ubicata generalmente presso i Dipartimenti di emergenza e accettazione (D.E.A.) di II livello, è l'organo che coordina l'intera fase extra-ospedaliera: risponde alla chiamata, valuta il livello di urgenza e stabilisce il tipo di intervento da attivare (guardia medica territoriale, ambulanza di tipo A o di tipo B) (4).

Sulla base di informazioni più precise sullo stato di salute del paziente, che perverranno dagli operatori sanitari giunti sul luogo dell'emergenza, il responsabile della C.O. dovrà provvedere ad allertare l'ospedale, e non tanto quello più vicino, quanto quello più idoneo in riferimento alla patologia riscontrata. È evidente la necessità di disporre, per la fluidità del processo, di un'efficiente sistema informativo che permetta agli operatori della C.O. di ottenere tempestivamente tutti gli elementi conoscitivi come, ad esempio, i dati aggiornati in tempo reale sulle disponibilità dei mezzi di soccorso, sulla loro dislocazione territoriale, sulle capacità ricettive (in termini di posti letto liberi) delle diverse specializzazioni nei singoli ospedali. La disponibilità di questi dati dovrebbe consentire l'assunzione di decisioni corrette, ossia di decisioni che non comportino ad esempio tempi di attesa eccessivi per l'arrivo del mezzo di soccorso o trasferimenti plurimi da un ospedale ad un altro (5).

Da quanto esposto, risulta chiaramente che una delle funzioni principali della Centrale operativa è quella di filtrare la domanda di soccorso indirizzata alle strutture ospedaliere. L'operatore, infatti, è spesso in grado di valutare a priori, attraverso le informazioni ricevute telefonicamente, la gravità/urgenza dell'intervento e può accadere che, non risultando necessa-

rio il trasferimento del potenziale paziente alla struttura ospedaliera, si scelga l'invio della guardia medica in grado di risolvere da sola, ed *in loco*, un caso che si presenta non complesso. Questa ipotesi rende ancor più concreta la possibilità di ridurre il carico di lavoro delle strutture ospedaliere per le piccole urgenze; così, mediante una reale razionalizzazione degli accessi, si ridurrebbero i casi di uso improprio del servizio di Pronto soccorso ospedaliero.

In questo quadro diventa fondamentale il ruolo svolto da un sistema di medicina territoriale adeguato che, combinato con gli sforzi di attuazione delle indicazioni di legge e con il potenziamento e lo sviluppo sul territorio di presidi di emergenza territoriali flessibili e di piccole dimensioni, potrebbe risolvere il problema delle emergenze di lieve entità.

A tale finalità sembra rispondere una precisa disposizione della citata legge della Regione Campania che si sofferma sull'importanza di istituire, nell'ambito del Sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria (S.I.R.E.S.), un Servizio di assistenza urgenza territoriale (S.A.U.T.). tale servizio, nello spirito della legge, dovrebbe integrare le attività della guardia medica nell'arco dell'intera giornata ed i servizi di Pronto soccorso ospedaliero presenti sul territorio (6). Se il disegno legislativo fosse attuato, si potrebbe assistere ad una reale razionalizzazione degli accessi al Pronto soccorso ospedaliero: i soggetti con piccole urgenze troverebbero una risposta qualificata ed idonea nei più vicini presidi ospitanti il S.A.U.T. e, nel contempo, le strutture specializzate, sedi di D.E.A. di I e II livello o di Centro di emergenza regionale (C.E.R.), potrebbero dedicarsi unicamente alla risoluzione delle emergenze riguardanti le patologie più complesse.

In uno scenario territoriale sempre più integrato, anche gli stessi medici e pediatri di libera scelta potrebbero contribuire alla riduzione della domanda impropria che si rivolge alle strutture ospedaliere deputate alla emergenza. Ma è opportuno evidenziare che, se anche si riuscisse a porre in essere un sistema integrato in grado di utilizzare tutte le potenzialità di offerta territoriale, un risultato positivo sulla riduzione della domanda impropria si otterrebbe soltanto nel caso in cui si riuscisse ad incidere fortemente sia sulla cultura prevalente dei cittadini che, quando si manifestano eventi di emergenza (7), trovano nella struttura ospedaliera la risposta più rassicurante al proprio bisogno di cura, sia sul rapporto di fiducia con il medico di medicina territoriale, figura che è alla base di un razionale funzionamento del sistema sanitario nel suo complesso.

### 3. Obiettivi e metodologia della ricerca

La ricerca svolta presso il Dipartimento di Economia aziendale dell'Università di Napoli «Federico II», come premesso, nasce con l'obiettivo di indagare la relazione che esiste tra la soddisfazione dei pazienti e il tipo di clima organizzativo che caratterizza uno dei punti più caldi dell'attuale organizzazione delle aziende ospedaliere: il pronto soccorso. Nel progettare il percorso dell'analisi è subito risultato critico l'insieme dei fattori organizzativi che condizionano le attività svolte dal personale del pronto soccorso: è, infatti, evidente che il giudizio complessivo dei clienti-pazienti è fortemente condizionato dalla soddisfazione degli operatori con cui sono venuti a contatto, e che tale soddisfazione dipende, a sua volta, dalle strutture, dall'organizzazione del lavoro e dai servizi che il personale riesce ad offrire ai

pazienti, nei limiti delle condizioni in cui è costretto ad operare.

La ricerca condotta è stata strutturata in tre parti: la prima è stata dedicata ad un approfondito studio teorico sia dell'organizzazione del servizio di pronto soccorso, secondo le più moderne concezioni della clinica ospedaliera, sia della normativa, nazionale e regionale, oggi vigente in tema di sistemi di emergenza. Tali conoscenze sono state poi integrate da colloqui con esperti che operano nel sistema di emergenza cittadino, al fine di comprendere le principali peculiarità di questo servizio nella città di Napoli.

A questa analisi è seguita l'osservazione diretta di quattro strutture ospedaliere napoletane sedi di Dipartimenti di Emergenza e accettazione di I e di II livello e, precisamente: l'Azienda ospedaliera «A. Cardarelli» (8), il «Loreto Mare», il «San Paolo» e il «Vecchio Pellegrini», questi ultimi Presidi ospedalieri della ASL Napoli 1.

In questa fase, dell'osservazione diretta, le strutture scelte per l'indagine sono state fotografate, sono stati cioè rilevati tutti gli elementi che risultavano importanti ai fini della nostra ricerca: ubicazione, planimetria, dotazioni strutturali, risorse tecniche e umane dedicate. Dall'analisi del processo, costruito in base al percorso clinico-diagnostico del paziente, si sono ottenute ulteriori informazioni che, insieme a quelle ricavate dalla fotografia delle singole strutture, hanno permesso di identificare i principali fattori che possono influenzare il giudizio di qualità del servizio e quindi la soddisfazione dei clienti-pazienti e degli operatori coinvolti nel processo di erogazione.

Identificati i fattori di qualità (9), critici per le strutture in esame, si è proceduto alla terza parte della ricerca: la predisposizione, la somministrazione e l'elaborazione dei questionari

per la raccolta delle informazioni sulle singole realtà ospedaliere e la formulazione delle osservazioni e delle proposte da sottoporre ai dirigenti sanitari napoletani.

Il questionario costruito per il personale ha compreso domande relative ai fattori di qualità degli aspetti strutturali (sui locali e sulle attrezzature) e dell'organizzazione del lavoro, avendo questi elementi un forte impatto sul clima e sulla motivazione degli operatori stessi; per i clienti-pazienti le domande hanno avuto, invece, lo scopo di indagare i fattori di qualità degli aspetti dell'accoglienza, della tempestività delle cure, della professionalità, cortesia e disponibilità del personale e in ultimo, ma non per importanza, delle condizioni igieniche dei luoghi essendo, questi, i principali fattori che influiscono sulla formazione del giudizio complessivo che il cliente dà della prestazione ricevuta (10).

Una particolare precisazione merita la composizione dei campioni sottoposti ad indagine: per quel che riguarda gli operatori si è cercato di rispettare la stessa proporzione esistente nella composizione dell'organico delle singole strutture per cui il campione è risultato costituito da tutte le figure professionali presenti in un pronto soccorso: medici, infermieri professionali, caposala, operatori tecnici ausiliari (O.T.A.) e volontari. Per i clienti-pazienti, invece, avendo deciso di intervistarli al termine della loro esperienza all'interno della struttura è stata evidenziata, già nella fase di costruzione del questionario, la difficoltà di seguire il paziente lungo tutto l'iter di cura, che poteva comprendere anche il ricovero nella stessa struttura o il trasferimento in altra struttura. Si è deciso così di sottoporre ad indagine unicamente i soggetti che entrati nel pronto soccorso venivano dimessi, dopo le cure necessarie, nella stessa giornata e, quindi, si è trattato quasi

esclusivamente di pazienti con patologie non gravi.

#### 4. Cenni sul contesto territoriale

La domanda di assistenza sanitaria espressa dal territorio del comune di Napoli è soddisfatta dalle strutture sanitarie dell'ASL Napoli 1, da quattro ospedali costituiti in aziende, da due aziende universitarie policlinico, da strutture private convenzionate nonché da due ospedali a convenzione obbligatoria. La ASL Napoli 1, che come area territoriale coperta e come numero di assistiti è la prima d'Italia e la seconda d'Europa, serve complessivamente un'utenza di 1.148.000 abitanti, dislocati in un'area di 118 km<sup>2</sup>, ed è composta da 10 distretti e 10 Presidi ospedalieri, tra i quali troviamo tre delle quattro strutture analizzate: Vecchio Pellegrini, Loreto Mare e San Paolo.

Le realtà osservate sono posizionate, nel contesto cittadino, in quattro punti nevralgici; ciascuna può, infatti, considerarsi la struttura di riferimento dei quattro punti cardinali della città: il San Paolo per l'area occidentale, il Loreto Mare per l'area orientale, il Vecchio Pellegrini per il centro storico e, infine, il Cardarelli per l'area nord (collinare) della città.

Un primo passo per la determinazione del bacino d'utenza di queste strutture può farsi individuando i quartieri che afferiscono ai diversi ospedali analizzati (tabella 1).

Nello schema esposto non sono state evidenziate, però, le possibili sovrapposizioni di attrattività territoriale: alcuni quartieri, infatti, sono a cavallo tra più strutture ospedaliere e, di conseguenza, è opportuno rappresentare anche il quadro della concorrenza territoriale che esiste nell'area napoletana tra le diverse strutture sedi di pronto soccorso (figura 1).

La figura 1 necessita di alcune precisazioni; nel centro storico esistono numerose strutture che sotto il profilo territoriale possono considerarsi concorrenti del Vecchio Pellegrini, nello stesso tempo, però, quest'ultimo per la numerosità dei servizi offerti e per la storia che lo caratterizza è certamente la struttura maggiormente attrattiva della zona. Il San Paolo, nell'area occidentale assorbe (in concorrenza con il Presidio di Pozzuoli per l'area di Bagnoli) l'utenza di quest'area e può attirare pazienti che si trovano in una posizione di limite tra la zona occidentale e il centro di Napoli. Nell'area orientale, il Loreto Mare, per la particolare localizzazione, è certamente da considerarsi un ospedale di frontiera al quale accedono direttamente, oltre all'utenza autostradale, i numerosi soggetti provenienti dai quartieri di riferimento e da molti comuni vesuviani. Infine, il Cardarelli, nell'area nord, attrae gli abitanti della zona collinare

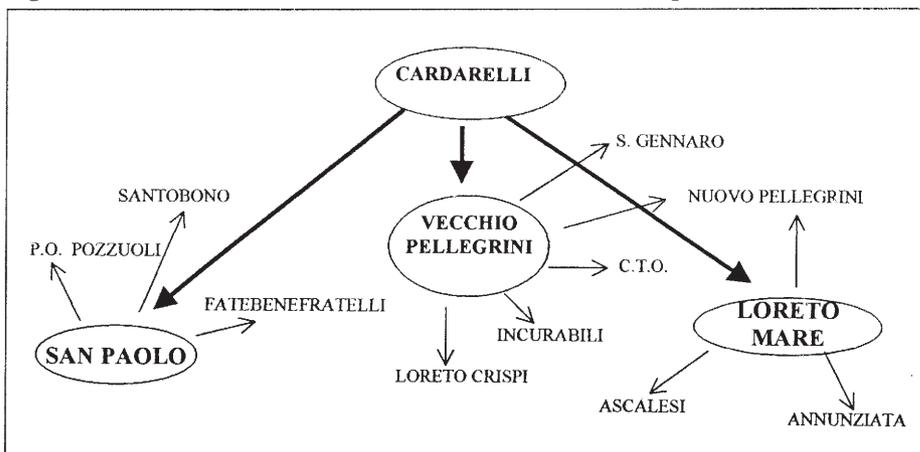
densamente popolata, ed essendo il più grande e prestigioso ospedale del Mezzogiorno, è un diretto concorrente di tutte le strutture analizzate, di quelle concorrenti di queste ultime e, per i casi più gravi, di quasi tutte le strutture ospedaliere della regione.

La differente localizzazione degli ospedali analizzati influisce, in modo evidente, oltre che sulla tipologia dell'utenza, anche sulle prestazioni che con più frequenza le diverse strutture sono chiamate a erogare. In questo caso ci si riferisce da un lato, alle caratteristiche sociali delle diverse aree; al Loreto Mare, ad esempio, si sono riscontrati numerosi casi di ferite da arma da fuoco, essendo questa struttura facilmente raggiungibile da zone che presentano, purtroppo, un elevato tasso di criminalità. Dall'altro, sempre in funzione della localizzazione, le diverse strutture sono sottoposte ad un carico di lavoro differente soprattutto in funzione della cosiddetta utenza

**Tabella 1 - Principali quartieri di riferimento delle strutture analizzate**

Cardarelli	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini	San Paolo
Vomero, Arenella, Miano, Piscinola, Secondigliano, Chiaiano, Scampia	Mercato, Barra, S. Giovanni a Teduccio, Poggioreale, Ponticelli, S. Lorenzo-Vicaria, S. Giuseppe-Porto	S. Ferdinando-Chiaia, Montecalvario	Fuorigrotta, Bagnoli, Posillipo, Soccavo, Pianura

**Figura 1 - La concorrenza «territoriale» tra le diverse strutture di pronto soccorso**



«affari»; il San Paolo, ad esempio, è stato per anni l'ospedale di riferimento del complesso siderurgico di Bagnoli (oggi dismesso), mentre al Loreto Mare affluiscono i molti casi di infortunistica sul lavoro dell'area industriale della città e le patologie più ricorrenti sono in questo caso non solo traumi, ma anche ustioni, folgorazioni e intossicazioni acute.

Sono evidenti, quindi, le implicazioni che tali differenze hanno sul clima di lavoro all'interno dei diversi punti di emergenza ospedaliera cittadina. Lo *stress* e la tensione a cui sono sottoposti gli operatori del Loreto Mare sono, ad esempio, certamente superiori rispetto a quelli sopportati dai medici del San Paolo chiamati, oggi, a risolvere prevalentemente casi di infortunistica domestica.

Infine al Cardarelli, punto di riferimento sanitario del Mezzogiorno che attrae una rilevante percentuale di pazienti provenienti da un bacino d'utenza più ampio di quello strettamente locale, il personale è spesso costretto a lavorare in condizioni di saturazione della capacità ricettiva. L'eccessivo afflusso al pronto soccorso richiede a volte anche l'allestimento di posti letto aggiuntivi con enormi disagi sia per il lavoro degli operatori che per la degenza degli altri pazienti.

### 5. Cenni sul contesto strutturale

Da tempo, un problema è all'ordine del giorno per la corretta gestione dell'intervento sanitario di emergenza: la creazione dei dipartimenti. La valenza del modello dipartimentale in sanità era stata affermata già nel 1978, con la legge 833; più tardi la nuova riforma (L. 502/92 e L. 517/93) ha imposto esplicitamente alle aziende l'adozione di tale modello (11). Il dipartimento si configura come «una federazione di unità operative», tra loro affini o complementari, che si riuniscono per rag-

giungere obiettivi che da sole non sarebbero in grado di ottenere; occorre sottolineare che le unità facenti parte del dipartimento, pur essendo interdipendenti, mantengono comunque la propria autonomia e responsabilità (12). L'attuazione dei dipartimenti, sebbene le norme e le esperienze realizzate nel mondo (primi tra tutti gli Stati Uniti) ne sottolineino l'utilità, risulta essere ancora alquanto lontana. Allo sviluppo di questo modello organizzativo si oppone soprattutto un ostacolo di carattere culturale della classe medica: prevalgono, purtroppo, gli interessi del piccolo gruppo, vi è una ristretta visione dei problemi, predomina la cultura della specializzazione e si rinviene una oggettiva difficoltà di dividere con altri responsabilità operative e potere decisionale (13).

Nell'area dell'emergenza la normativa di riferimento (14) ha da tempo imposto l'istituzione del Dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A.) prevedendo l'aggregazione di tutte le discipline, presenti presso la struttura, che risultano funzionali alla gestione dell'emergenza. Di conseguenza il D.E.A. comprende sia unità esclusivamente dedicate ad esso (servizio di accettazione, di pronto soccorso, unità di osservazione temporanea) sia unità che appartengono ad altri dipartimenti e che entrano a far parte della «funzione di emergenza» mediante la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e protocolli (15).

I complessi deputati all'intervento sanitario di emergenza vengono così differenziati in funzione delle discipline presenti nelle strutture in cui sono localizzati. In una logica di offerta sempre più complessa e completa si individuano e si differenziano, secondo un ordine crescente delle discipline/specialità afferenti all'emergenza, il Pronto soccorso attivo (P.S.A.), il

Dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A.) di I e di II livello e i Centri di emergenza regionali (C.E.R.) (16).

Avendo analizzato la realtà di quattro strutture napoletane sedi di D.E.A. di I o di II livello (17) appare opportuno riferirci, nel seguito della trattazione, alle caratteristiche peculiari di questi dipartimenti. Le tre unità principali che costituiscono un Dipartimento di emergenza ed accettazione risultano essere:

— il *pronto soccorso*: dove si svolge l'esame clinico-strumentale della patologia non differibile, si adottano i provvedimenti terapeutici più urgenti per la stabilizzazione del paziente e si valuta l'effettiva necessità del ricovero. In tal caso, si procede all'assegnazione del paziente all'unità operativa di competenza o, nel caso di indisponibilità di posti letto nella specialità competente o di sua mancanza nella struttura, si chiede il trasferimento ad un altro ospedale;

— l'*accettazione*: in cui si compie una valutazione, sotto il profilo clinico-strumentale, dell'opportunità del ricovero di elezione nelle patologie non urgenti e si programma il ricovero sulla base delle disponibilità temporali delle divisioni di degenza (18);

— l'*osservazione temporanea*: dove avviene il ricovero temporaneo del paziente per ottenere ulteriori elementi conoscitivi sulla sua situazione patologica prima dell'invio, ove necessario, alla divisione di competenza. Essa ha preso il posto della vecchia astanteria e vi giungono i pazienti in sosta temporanea provenienti sia dal pronto soccorso che dall'accettazione.

Pur trattandosi di funzioni assai diverse tra loro, e pertanto espressamente distinte nelle disposizioni di legge, il pronto soccorso e l'accettazione sono inquadrate, oggi, in modo unitario sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo per garanti-

re una loro azione coordinata. In definitiva i due servizi vengono a costituire due modalità diverse di una stessa e più ampia funzione: quella dell'accesso degli ammalati all'ospedale, mentre l'osservazione ne costituisce l'annesso settore di degenza temporanea (figura 2).

Analizzate brevemente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, le funzioni di ciascuna unità che compone il D.E.A., è necessario accennare ora alle caratteristiche strutturali che questo servizio dovrebbe avere secondo i numerosi contributi, presenti in letteratura, focalizzati sullo studio delle specificità proprie delle aree adibite ad ospitare un Dipartimento di emergenza e accettazione.

Nel progettare o nel riorganizzare il D.E.A., occorre, in primo luogo, scegliere attentamente la sua ubicazione. È palese l'esigenza di una collocazione del servizio in sede baricentrica al complesso ospedaliero, considerate le particolari esigenze di rapidità nell'esecuzione delle indagini diagnostiche e nell'erogazione delle prestazioni terapeutiche necessarie. Il settore dell'emergenza richiede, infatti, collegamenti rapidi e privi di interferenze con il gruppo operatorio, la radiologia, il centro emotrasfusionale, il gruppo parto, nonché con le terapie intensive (19).

Per facilitare l'accesso al servizio di emergenza è opportuno che esso sia situato al piano terreno, o rialzato, con apposite rampe che lo rendano facilmente accessibile dal piano stradale. L'ingresso dei pazienti diretti al pronto soccorso dovrebbe essere dedicato esclusivamente ad essi e opportunamente distinto dall'accesso all'accettazione. I percorsi per le due categorie di pazienti che possono giungere al pronto soccorso, ossia quelli ambulanti e quelli veicolati (20) dovrebbero, infine, essere chiaramente segnalati con sistemi che ne

assicurino il riconoscimento a pazienti di ogni età, nazionalità e livello culturale (21).

In tutte le strutture analizzate l'accesso risulta agevole dal piano stradale mentre non vi sono percorsi differenziati per pazienti diretti all'accettazione e al pronto soccorso, così come non vi sono ingressi distinti per i pedoni e gli automezzi (22).

Per completare il quadro della configurazione strutturale del servizio di emergenza, può essere utile fare alcune considerazioni relativamente alla dimensione e dislocazione degli spazi interni.

In particolare l'atrio, annesso all'ingresso, dovrebbe avere una dimensione adeguata ad assorbire il flusso di traffico medio stimato; in tale ambiente potrebbe essere collocata la portineria con funzione di informazione, vigilanza e controllo sugli accessi degli utenti. Il posto fisso di polizia dovrebbe comprendere uno spazio dedicato agli adempimenti amministrativi di competenza (denunce, accertamenti delle responsabilità, stesura dei referti ecc.) ed al riposo dell'agente di turno. Bisognerebbe, infine, dedicare un spazio adeguato alla registrazione amministrativa e sanitaria che, anche se collocate nello stesso luogo, hanno finalità diverse: quella amministrativa è dedicata alla raccolta dei dati anagrafici ed identificativi dei pazienti ed al rilascio di certificazioni; quella sanitaria, esple-

tata necessariamente da personale infermieristico, è dedicata ad una prima valutazione delle esigenze assistenziali dei pazienti.

Dall'atrio, si giunge direttamente alla zona dedicata all'attesa degli infortunati e dei loro accompagnatori; questo ambiente dovrebbe essere reso il più possibile accogliente e dovrebbe permettere il rispetto della *privacy*. All'attesa dovrebbero essere, pertanto, destinati spazi confortevoli, attrezzati con sedie, telefoni, servizi igienici e distributori di bevande. In alcune realtà gli spazi destinati all'attesa possono essere differenziati in relazione alla gravità dei pazienti in modo da assicurare servizi adeguati alle diverse categorie di utenza.

Dalla tabella 2 si evince che il Cardarelli è la sola struttura, tra quelle analizzate, che è dotata di una zona adibita all'attesa. In realtà le altre strutture pur essendo provviste di alcune attrezzature (telefoni, distributori automatici) utilizzabili dai pazienti e dagli accompagnatori, non sono fornite di sedili e/o bagni per gli utenti, come al Loreto Mare dove l'unico bagno disponibile è dislocato in un'area adibita al personale.

La zona di attesa è collegata poi al settore di visita e trattamento ed è rappresentata dall'insieme di locali, le mediche, dove si svolgono le attività strettamente assistenziali.

Generalmente l'area del pronto soccorso dovrebbe comprendere anche i

Figura 2 - Le due diverse modalità di accesso all'ospedale

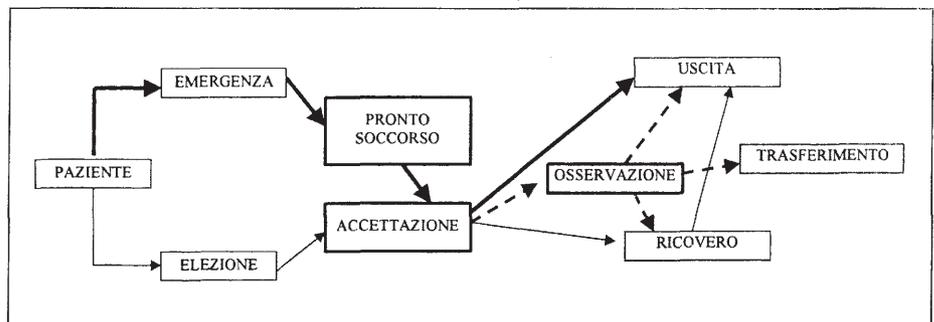


Tabella 2 - Esistenza e dotazioni delle aree destinate all'accoglienza dei pazienti e dei familiari nei pronto soccorsi osservati

Dotazioni	Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
Sala d'attesa .....	Sì	No	No	No
Bagni .....	2	1	1	1 *
Telefoni pubblici .....	4	2	3	3
Sedili .....	30	0	0	0
Distributori automatici .....	4	3	2	0
Cambia monete .....	No	No	No	No
Condizionatori .....	Sì	No	No	No

\* In questa struttura, il bagno destinato al pubblico, essendo ubicato in un luogo difficilmente controllabile, è spesso chiuso.

locali adibiti al soggiorno ed al riposo del personale medico e non medico, con servizi igienici riservati, arredi per il temporaneo riposo e ristoro ed anche un'area destinata al lavoro infermieristico, dove si coordina l'intera attività.

Nei D.E.A. dovrebbero, inoltre, essere previste una sala per la diagnostica radiologica ed una per i piccoli interventi chirurgici, soprattutto per assicurare un migliore espletamento dell'assistenza qualora le distanze per raggiungere tali reparti siano eccessive, oppure quando, durante le ore notturne, gli stessi non sono in funzione.

In quasi tutte le strutture, come prescritto dalla norma e descritto in precedenza, è prevista l'unità di osservazione, ossia lo spazio dedicato all'osservazione temporanea dei pazienti.

Al fine di ottenere un quadro sintetico e completo delle caratteristiche finora descritte presenti presso le strutture sanitarie prescelte per la nostra indagine, può essere utile riassumerle tutte nella tabella 3.

Anche la tabella esposta (tabella 3) rileva chiaramente che il pronto soccorso del Cardarelli, di nuova istituzione, è il solo ad essere strutturato in modo consono ai bisogni dell'utenza e del personale; il pronto soccorso del Loreto Mare risente della mancanza

della sala di attesa, così pazienti e familiari si riversano nell'atrio e nello spazio antistante le medicherie, intralciando il lavoro dei sanitari. Al Vecchio Pellegrini ed al San Paolo il problema della mancanza di spazi è maggiormente sentito, si accede direttamente alle medicherie senza neanche incontrare uno spazio destinato all'accoglienza ed allo smistamento dei pazienti verso i diversi servizi. Se per il Vecchio Pellegrini questa mancanza è dovuta dall'essere un vecchio convento adibito ad un uso improprio, incomprendibile è la carenza di spazi adeguati al San Paolo ed al Loreto Mare, strutture relativamente recenti progettate e costruite per essere degli ospedali.

## 6. Il processo clinico-diagnostico del paziente

Al fine di individuare tutti i fattori di qualità utili ad una corretta formulazione del questionario da sottoporre agli operatori ed agli utenti del servizio di emergenza, si è ritenuto opportuno associare alla fotografia delle strutture un'analisi delle fasi che compongono il processo di erogazione di tale servizio, comprendendovi sia quelle che avvengono al di fuori dell'ospedale (extra-ospedaliera) sia quelle che avvengono al suo interno (intra-ospedaliera) (figura 3).

Il percorso del paziente colpito dall'emergenza ha inizio con la chiamata che, come già accennato, dovrebbe giungere alla centrale operativa di riferimento tramite il numero unico nazionale 118. Nella Regione Campania, non essendo stato attivato questo servizio, si riscontrano ancora notevoli difficoltà (come è stato precedentemente illustrato) sia nell'allertare con tempestività il tipo di soccorso più idoneo all'emergenza manifestatasi, che nell'indirizzare il paziente alla struttura ospedaliera in grado di prestargli le cure necessarie.

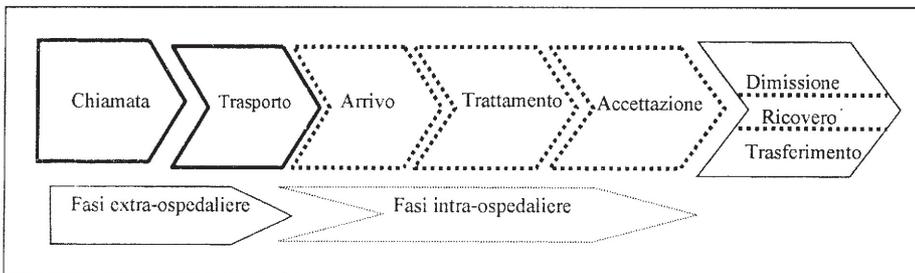
La fase del trasporto nella città di Napoli presenta, oltre ai problemi legati alla esigua numerosità e alla inadeguatezza tecnologica del parco am-

Tabella 3 - Dotazioni di spazi all'interno del pronto soccorso

Caratteristiche	Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
Atrio .....	Sì	No	Sì	No
Attesa .....	Sì	No	No	No
Polizia .....	Sì	Sì	Sì	Sì *
Registro .....	Sì	Sì	Sì	Sì
Trattamento .....	Sì	Sì	Sì	Sì
Osservazione .....	Sì	No	No	No
Area personale medico .....	Sì	Sì	Sì	Sì
Area personale paramedico .....	Sì	Sì	Sì	No
Depositi .....	Sì	Sì	Sì	Sì

\* Il posto di polizia è in un'ala dell'edificio diversa da quella in cui si trova il pronto soccorso.

**Figura 3 - Le fasi del processo di emergenza extra ed intra ospedaliero**



balanze disponibile (23), un ostacolo, che a volte appare insormontabile: il traffico caotico che affligge la città e che è la causa principale dell'ascesa del dato sui tempi medi complessivi che intercorrono tra la richiesta di soccorso e l'arrivo del paziente in ospedale (24).

Dall'indagine svolta il problema relativo alla disponibilità dei mezzi di soccorso non è emerso con evidenza, ciò dipende, probabilmente, dalla tipologia degli utenti intervistati: i componenti del campione, come già precisato, erano soggetti con patologie non gravi, per cui una elevata percentuale di essi non avevano avuto necessità di raggiungere il pronto soccorso con l'ambulanza (figura 4).

Con l'arrivo, si passa alla prima fase del processo che si svolge all'interno dell'ospedale. Questa fase rappresenta il primo impatto con la struttura ospedaliera ed esercita una forte influenza sulla percezione della qualità dell'assistenza. Incide fortemente sul giudizio degli utenti, in primo luogo, la presenza all'arrivo del personale dedicato all'accoglienza ed al trasporto dei pazienti nella sala di attesa, prima, ed in quella di visita, poi. Come evidenziato di seguito, solo in due strutture, Cardarelli e San Paolo, si è rilevata la presenza, pressoché continuativa, di Operatori tecnici ausiliari e di attrezzature (barelle e sedie a rotelle) dedicate alla prima accoglienza con effetti senz'altro positivi sul giudizio espresso dai pazienti (tabella 4).

Nella fase di arrivo, prima della visita medica, si compiono delle operazioni preliminari come l'anamnesi — una breve ricostruzione della storia medica del paziente — e la prima verifica dei sintomi presentati con la conseguente assegnazione del codice di urgenza, che potrebbe portare ad una definizione di priorità temporale degli interventi all'interno del pronto soccorso. Questo tipo di attività, conosciuta con il nome di triage, consiste proprio nella selezione codificata degli accessi al pronto soccorso (25). In nessuna delle strutture analizzate si è riscontrato l'utilizzo del triage come metodologia codificata e resa nota ai pazienti: al Cardarelli, dove il numero di accessi giornalieri al pronto soccorso è molto elevato, esiste una figura filtro che definisce la priorità dell'intervento medico; negli altri ospedali, invece, il primo intervento viene prestato direttamente dal medico, il quale, in genere, non definisce priorità nel trattamento, ma dedica, ovviamente, la precedenza assoluta ai casi di palese gravità.

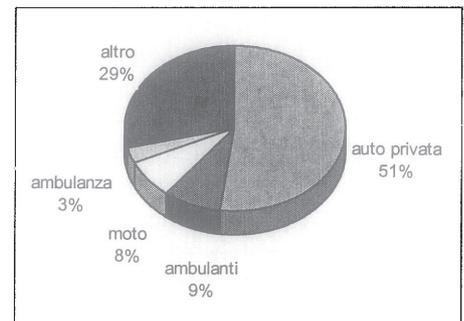
Il tempo di attesa per ottenere le prime cure è, ovviamente, un fattore cruciale nella costruzione del giudizio di qualità da parte dei pazienti, soprattutto se si considerano le condizioni psi-

cologiche in cui i pazienti ed i loro familiari versano. I soggetti che hanno partecipato all'indagine, come dimostra la tabella che segue, hanno giudicato mediamente accettabili i tempi di attesa; al Loreto Mare, ad esempio, si è riscontrata una punta di pronto intervento pari al 60%, dato molto positivo se si pensa che tutti gli intervistati, come già detto tutti dimessi subito dopo il trattamento, si sono recati al pronto soccorso con sintomi non gravi e quindi senza requisiti di priorità assoluta nel trattamento (tabella 5).

I tempi di attesa, come evidenziato in tabella, risultano mediamente più alti al Cardarelli; ciò dipende in primo luogo dall'alto numero di accessi giornalieri, ma anche dalla presenza, che si riscontra esclusivamente in questa struttura, della figura «filtro».

Nella fase successiva del processo, quella del trattamento o delle prime cure, ritroviamo gli aspetti più strettamente sanitari della prestazione (figura 5). È necessario precisare che l'indagine compiuta presso le strutture, ha avuto come finalità quella di analizzare esclusivamente la soddisfazione degli operatori e degli utenti in relazione agli aspetti accessori della prestazione

**Figura 4 - La distribuzione delle modalità di accesso al pronto soccorso**



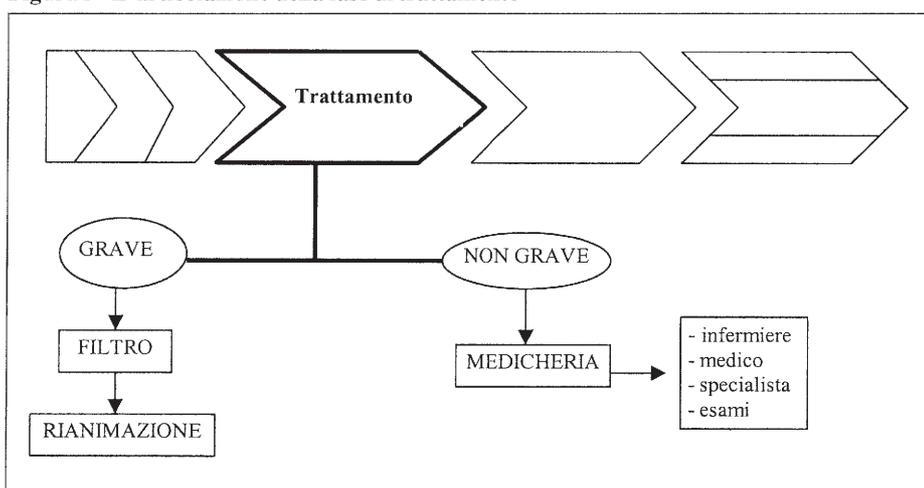
**Tabella 4 - Distribuzione percentuale, per struttura, dei pazienti che hanno incontrato il personale preposto all'accoglienza**

Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
61	72	44	34

Tabella 5 - Distribuzione percentuale, per struttura, dei tempi di attesa per le prime cure (in minuti)

	Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
Nulla .....	37	49	60	41
Fino a 5 .....	23	20	17	27
Da 5 a 10 .....	22	16	12	18
Più di 10 .....	18	15	11	14
<b>Totale .....</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Figura 5 - L'articolazione della fase di trattamento



sanitaria; è evidente, infatti, che il giudizio degli attori del processo di erogazione di un servizio sanitario può essere scisso in due componenti, una relativa al servizio di base (la prestazione clinica) e l'altra relativa ai servizi accessori. Nello specifico, si è ritenuto opportuno indagare solo su questi ultimi ritenendo la valutazione degli aspetti clinico assistenziali di competenza delle società scientifiche delle singole specialità mediche.

Occorre sottolineare, a questo punto, una differenza sostanziale, e forse ovvia, che viene a caratterizzare il processo nella fase del trattamento: i percorsi delle due grandi categorie di pazienti gravi e non gravi si separano. È prassi consolidata che il soggetto giunto in condizioni altamente critiche segue una via preferenziale e, dopo aver attraversato la zona filtro,

dove avviene la sterilizzazione, giunge direttamente in rianimazione. Per i pazienti non gravi l'iter seguito è diverso: dopo l'eventuale attesa, si giunge nella medicheria dove vengono prestate le cure necessarie. In questa fase, numerosi sono i fattori che influiscono sulla percezione della qualità del servizio da parte del paziente e quindi sulla sua soddisfazione: la tempestività delle prime cure, la cortesia del personale e la sua disponibilità nel fornire informazioni, le condizioni igieniche dei locali e i tempi necessari per effettuare gli esami diagnostici e per ricevere i risultati relativi. Per l'operatore, invece, in questa fase i fattori di qualità rilevanti sono relativi al grado di collaborazione che riesce ad instaurare con i colleghi ed al grado di autonomia di cui gode nel prendere decisioni. Questi ed altri aspetti del

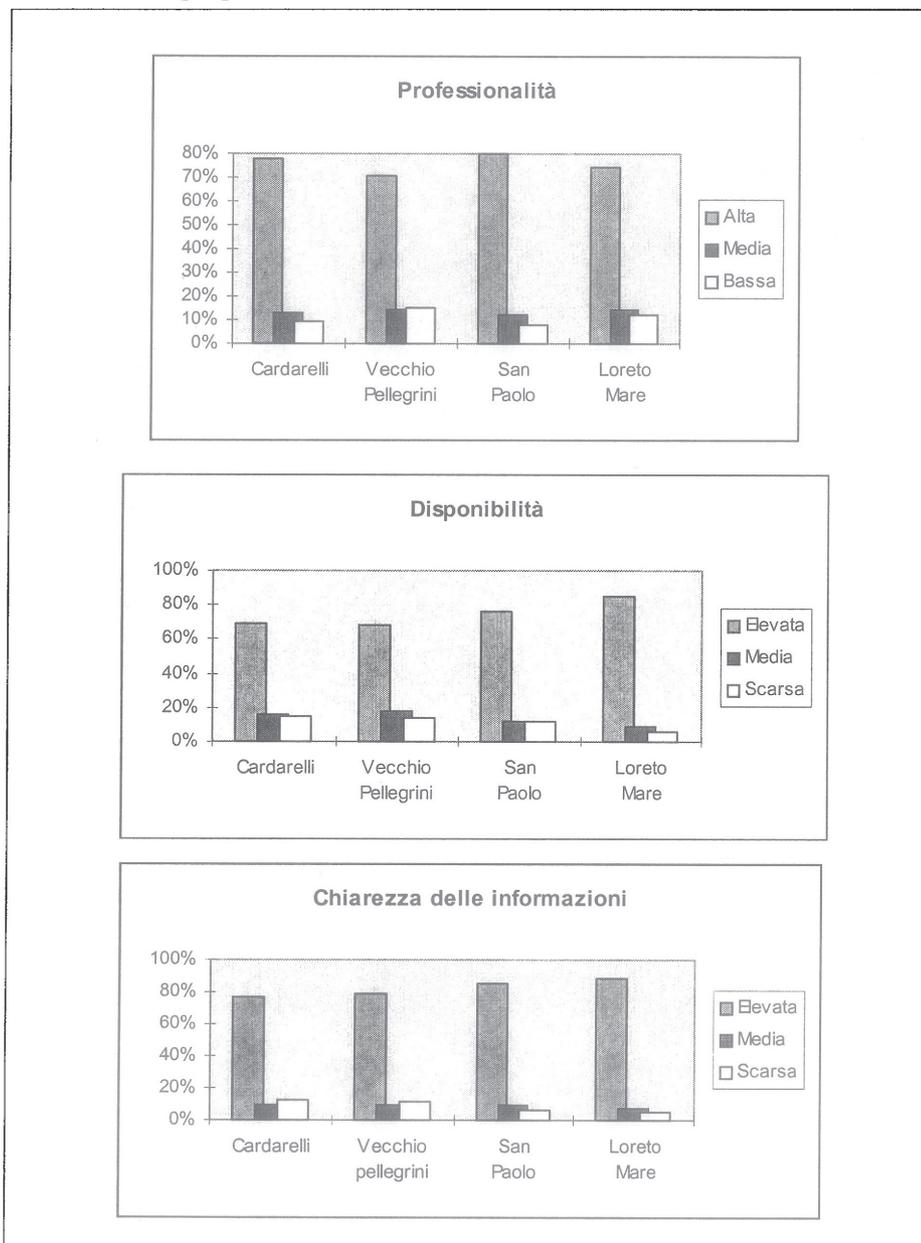
clima organizzativo in cui l'operatore si trova ad agire sono l'oggetto di uno specifico paragrafo.

Per quel che riguarda il rapporto con il personale sanitario sono stati analizzati in particolare tre differenti fattori di qualità: la professionalità, la disponibilità e la chiarezza nel fornire informazioni. Questi fattori sono stati individuati tenuto conto che il giudizio espresso dai pazienti sulla professionalità permette di misurare la capacità del personale di instaurare con essi un rapporto di fiducia; questi ultimi, i pazienti, pur non essendo in grado di esprimere un parere tecnico sulla capacità di cura, intesa come capacità di «fare le cose giuste», sono certamente in grado di giudicare la capacità di «far bene le cose» e di trasmettere, quindi, all'assistito sicurezza e distensione (figura 6).

La disponibilità è, in generale, un attributo fondamentale per coloro che operano a stretto contatto con gli utenti; nel caso dei servizi sanitari poi, e ancor più quando sopravvengono condizioni di emergenza, il giudizio espresso dai pazienti su questo aspetto viene ad assumere una rilevanza fondamentale sul complessivo giudizio di qualità. Inoltre la capacità di rassicurare, di orientare, di assistere e quindi, in generale, l'essere cortesi e disponibili, seppure psicologicamente stressante, ha un costo economico incrementale nullo sulla prestazione ma ha, nel contempo, un ritorno molto elevato in termini di soddisfazione per l'utenza e di immagine positiva per la struttura.

L'ultimo aspetto esaminato, relativamente al rapporto tra personale e pazienti, riguarda la chiarezza delle informazioni fornite. L'oggetto dell'indagine si sposta sulla capacità di interagire con il paziente rendendolo positivamente partecipe al processo; è opportuno, infatti, che il personale informi costantemente e con parole

**Figura 6 - I giudizi espressi dai pazienti sui tre principali fattori di qualità inerenti il rapporto con gli operatori**



semplici e comprensibili i pazienti ed i familiari, non solo sulle terapie prestate ma anche, ad esempio, sulle motivazioni di attese che possono apparire eccessive, sulle sintomatologie riscontrate, sugli effetti collaterali delle terapie ed, infine, che formuli la diagnosi in maniera chiara e comprensibile anche per i non addetti ai lavori.

Il giudizio espresso dagli intervistati in merito al rapporto con il personale, simile in tutte le strutture, risulta essere decisamente positivo, confermando ancora una volta l'ottimo livello del personale delle strutture sanitarie napoletane (26) che, pur operando in condizioni spesso precarie, riesce ad instaurare, nella maggioranza dei

casi, un rapporto positivo con gli assistiti.

In ordine al rapporto personale-pazienti sono state, infine, analizzate le modalità con cui il personale sanitario, al momento del congedo, fornisce le indicazioni sui comportamenti o le cure da seguire una volta dimessi dall'ospedale. Si è rilevato, quindi, un aspetto che, oltre ad influenzare direttamente il rapporto tra operatore e paziente, permette a quest'ultimo da un lato di capire e conoscere il proprio stato di «malattia» e dall'altro gli offre la possibilità di seguire un appropriato *follow-up* (27) (tabella 6).

Altro aspetto indagato nella ricerca, riguarda le condizioni igieniche dei locali dove si svolge il servizio di pronto soccorso. È evidente l'importanza che questo fattore ha esercitato nella percezione della qualità dell'assistenza ricevuta; in questo caso, però, i giudizi dei pazienti si sono sostanzialmente differenziati in funzione della struttura presso cui hanno ricevuto la prestazione; i pazienti del Cardarelli risultano, infatti, in media soddisfatti delle condizioni igieniche dei locali in cui sono stato curati, mentre nelle altre tre strutture si evidenzia un giudizio molto meno soddisfacente. È necessario sottolineare che il giudizio positivo espresso riguardo il Cardarelli è probabilmente influenzato dalla recente costruzione, in questa struttura ospedaliera, di un edificio completamente dedicato al pronto soccorso, separato dai padiglioni di ricovero per elezione, dove sono presenti tutti i servizi necessari per le prestazioni di emergenza (tabella 7).

Infine è opportuno commentare alcune informazioni rilevate circa gli aspetti del servizio che secondo gli intervistati andrebbero migliorati con urgenza: al Loreto Mare un'elevata percentuale di pazienti ha dichiarato che andrebbe migliorato «tutto», mentre nelle altre tre strutture percentuali

consistenti hanno affermato di non essere in grado di dare suggerimenti. Questo risultato si presta ad una duplice interpretazione: un segno dell'assenza di specifici aspetti di insoddisfazione, oppure più probabilmente, una scarsa propensione dei pazienti ad esprimere pareri personali.

I suggerimenti più significativi riguardano la pulizia, che è l'elemento più critico per i pazienti curati al San Paolo, al Loreto Mare ed al Vecchio Pellegrini, mentre il rapporto con il personale è l'aspetto che andrebbe migliorato prioritariamente per i pazienti del Cardarelli (tabella 8).

A questo punto ci sembra utile sintetizzare i dati raccolti in una tabella dove le quattro strutture sono posizionate con riferimento alla percezione, da parte dei pazienti, dei due aspetti che ne condizionano la soddisfazione: il processo di erogazione e la struttura dove esso si è svolto (figura 7).

Come si può notare, per quanto riguarda la percezione del processo, tutte le strutture si sono collocate nei quadranti superiori indicando un buon livello di soddisfazione in relazione all'accoglienza, ai tempi di intervento ed al rapporto con il personale; mentre, rispetto alla percezione della struttura vi sono posizioni diversificate. Il Cardarelli, che si differenzia dalle altre tre posizionate nel quadrante dell'insoddisfazione, non è, comunque, in una posizione del tutto positiva, eppure essa è la struttura di più recente costruzione e quella che ha un maggior numero di *comfort* per i pazienti ed i loro accompagnatori.

Questo risultato, forse, non è dovuto tanto alla presenza di carenze di carattere strutturale (come abbiamo più volte sottolineato, il nuovo padiglione destinato all'emergenza è stato costruito secondo i più moderni criteri della tecnica ospedaliera) ma dalla mancanza di una corretta e continua manutenzione ordinaria (pulizia e ri-

**Tabella 6 - Distribuzione percentuale, per struttura, dei pazienti che hanno ricevuto informazioni chiare sul *follow-up***

Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
82	87	71	86

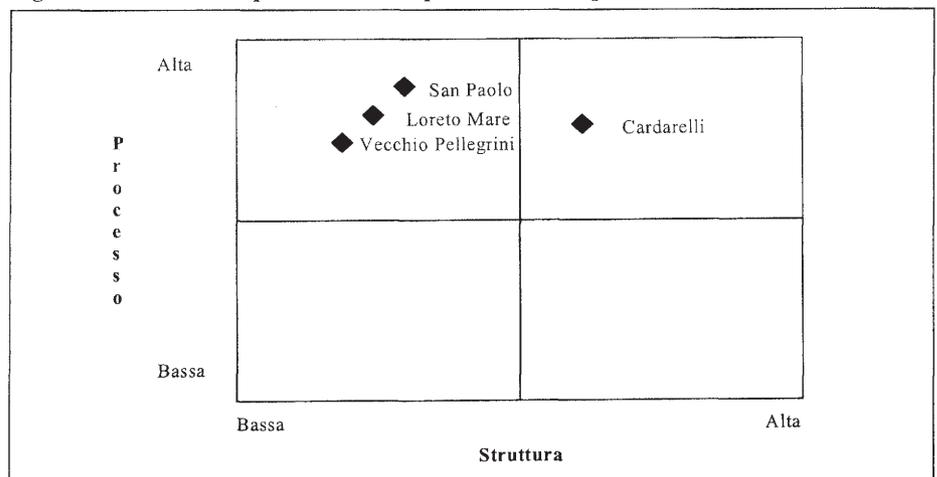
**Tabella 7 - Distribuzione percentuale dei giudizi sulle condizioni igieniche dei locali delle diverse strutture analizzate**

	Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
Positivo .....	52	31	28	24
Medio .....	32	32	29	33
Negativo.....	16	37	43	43
<b>Totale .....</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabella 8 - Distribuzione percentuale dei giudizi espressi dai pazienti sugli aspetti del servizio che andrebbero migliorati**

	Cardarelli	San Paolo	Loreto Mare	Vecchio Pellegrini
Tutto.....	4	6.7	21.2	—
Nulla .....	14	6.7	19.7	—
Igiene .....	9	24	16.7	32.6
Attrezzature .....	8	10.7	10.6	—
Professionalità .....	6	—	—	10.2
N. personale .....	7	5.3	9	6.1
Gentilezza .....	8	—	6	—
Tempi attesa.....	6	2.7	—	—
Organizzazione .....	3	1.3	—	—
Informazioni .....	3	1.3	4.5	—
Altro .....	—	4	6.1	14.4
Non so .....	32	37.3	6.1	36.7
<b>Totale .....</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Figura 7 - La matrice di posizionamento qualitativo delle quattro strutture analizzate**



parazioni), riscontrata anche negli altri ospedali, che lascia degradare velocemente le strutture, compromettendone la funzionalità e la sicurezza.

Al Cardarelli, quindi, ma anche al San Paolo, al Loreto Mare ed al Vecchio Pellegrini occorre, accanto agli interventi di carattere straordinario (28) un efficiente controllo della regolare esecuzione degli interventi di carattere ordinario, i soli in grado di assicurare la conservazione nel tempo della funzionalità delle strutture.

Come si nota dalla figura 7 il posizionamento rispetto alla percezione del processo è risultato soddisfacente per tutte le strutture; al Cardarelli, però, tale livello è risultato tra i più bassi: questo risultato trova la sua origine in alcuni elementi che, per una corretta valutazione del fenomeno, necessitano di ulteriori specificazioni.

In primo luogo questa struttura accoglie le emergenze più gravi che si manifestano in città e nei suoi dintorni ed ha un numero di accessi giornalieri al pronto soccorso molto elevato (29). Per razionalizzare questa notevole affluenza è stata istituita, come detto nel paragrafo precedente, una figura filtro che all'arrivo del paziente ne definisce la priorità di intervento medico in relazione alla gravità dei sintomi riscontrati. Di conseguenza, essendo i pazienti oggetto della nostra analisi non gravi, molti di essi, dopo l'immediato esame dei sintomi effettuato dal personale filtro, hanno dovuto dare la precedenza a casi più urgenti ed attendere il proprio turno per essere visitati dal medico. Questa procedura ha fatto abbassare notevolmente la loro percezione di qualità del processo.

Nelle altre strutture di emergenza, dove non è prevista la procedura di filtro, il primo contatto è avvenuto direttamente con il medico, il quale ha subito proceduto all'erogazione delle cure necessarie, senza stabilire alcuna priorità. L'attenzione immediata al

proprio caso è stata, pertanto, percepita dal paziente molto positivamente e, poiché spesso egli aveva soprattutto bisogno di essere rassicurato sull'origine non grave dei suoi sintomi, questa circostanza gli ha permesso di definire molto buono il rapporto che si è potuto instaurare con il personale.

Ovviamente in tali strutture il personale medico svolge un ruolo molto logorante, infatti, la necessità di supplire alla mancanza di una organizzazione che faccia da filtro con l'utenza e le carenze oggettive della struttura (come la presenza dei parenti all'ingresso della medicheria o durante la visita) li sottopone a condizioni di stress lavorativo che possono pregiudicare la qualità delle loro prestazioni sanitarie.

Un altro aspetto che ha avuto riflessi sul livello di percezione della qualità del processo da parte dei pazienti del Cardarelli è stata la disponibilità del personale verso i pazienti. Come già detto, questa struttura accoglie quasi tutte le emergenze gravi che si verificano, di conseguenza la tipologia delle patologie che vengono curate presso la specifica struttura influisce certamente sulla necessità di adottare procedure più formalizzate e rigide percepite, quindi, dai pazienti, soprattutto i non gravi ma forse i più ansiosi, meno positivamente in quanto giudicate più impersonali e meno flessibili. Ma degli aspetti dell'organizzazione del lavoro presso le diverse strutture si parlerà diffusamente nel prossimo paragrafo.

In conclusione, la rilevazione del livello di soddisfazione dei pazienti offre al *management* un'interessante opportunità per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità; essa però va certamente integrata con gli aspetti oggettivi delle specifiche realtà ospedaliere, poiché occorre contemporaneamente di volta in volta le esigenze

sogettive dei pazienti con le necessità tecniche e professionali delle cure sanitarie che vengono erogate: non sempre ciò che il paziente percepisce come positivo è la cosa migliore per lui!

## 7. L'analisi del clima nel pronto soccorso

Negli ultimi anni lo studio del clima organizzativo è sempre più presente nella letteratura organizzativa ed in particolare in quella specializzata sulla gestione delle risorse umane. Il concetto di clima, seppure non nuovo — i primi studi risalgono agli anni '40 anche se una vera diffusione la si ha solo a partire dagli anni '60 — entra con forza tra le tematiche di interesse organizzativo specialmente nello studio delle aziende di servizi. È in tali realtà, infatti, che è più evidente il nesso tra tipologie «climatiche» e *performance* dell'organizzazione (De Vita A., 1995). Nelle aziende di servizi e, in particolare nel pronto soccorso, il personale è l'elemento centrale che raccoglie e trasmette al cliente i diversi processi organizzativi: l'intangibilità, la partecipazione del cliente alla produzione del servizio e la simultaneità tra produzione e consumo (30) implicano una centralità delle politiche di gestione delle risorse umane. L'intangibilità e soprattutto la simultaneità tra produzione e consumo della prestazione rendono difficile, infatti, l'applicazione dei classici sistemi di controllo delle *performance* individuali e collettive dell'organizzazione. Bisogna in questo caso adoperare strumenti di controllo indiretto (Schneider e Bowen, 1993), ma anche politiche alternative di gestione delle risorse umane. In questa direzione si può leggere l'importanza delle analisi climatiche nelle organizzazioni di servizi: possono essere utili, infatti, per capire la relazione tra tipologie di climi,

*performance* dell'organizzazione e qualità del servizio erogato.

Gli studi sul clima, in questo senso, possono sia essere visti come una trasposizione nel «collettivo» delle analisi motivazionali dei singoli operatori — con un chiaro binomio motivazione/soddisfazione e produttività utilizzabile per mantenere la coerenza tra prestazioni individuali e i fini organizzativi — (31), sia in un'accezione più ampia, come un ramo degli studi sulla cultura d'impresa. E come dalle analisi culturali delle organizzazioni non emerge un'unica cultura d'impresa, bensì anche sottoculture e controculture (Schein, 1985), così anche per le analisi climatiche si deve sottolineare la presenza di più climi all'interno di un'organizzazione. Tale fenomeno è particolarmente evidente e importante nelle strutture esaminate nella ricerca per due ordini di motivi:

— il pronto soccorso rappresenta solo una parte della più complessa organizzazione delle strutture ospedaliere, dove si può ritrovare la coesistenza di differenti climi;

— il personale che vi opera, inoltre, non è esclusivamente dedicato ad attività di primo intervento. In questo caso gli operatori, muovendosi nell'organizzazione (si pensi, ad esempio, al medico che svolge anche turni nei reparti ospedalieri) sono soggetti ai condizionamenti climatici di altre aree di vita organizzativa e proiettano tali condizionamenti anche nel clima del pronto soccorso.

Tenendo presenti tali peculiarità, in questa ricerca si sono volute indagare le relazioni tra tipologie di clima rinvenibili all'interno dei diversi pronto soccorso e la percezione della qualità da parte dei clienti.

Il concetto di clima adoperato per l'analisi è quello direttamente legato alla percezione collettiva dell'ambiente dell'organizzazione.

In particolare la ricerca è stata strutturata sulla base dei quattro sotto-ambienti rappresentati in figura 8:

#### Ambiente di sfondo socio-culturale

L'ambiente di sfondo non è d'importanza primaria in questa analisi in quanto è comune alle quattro realtà esaminate. Si tratta, infatti, di quattro strutture pubbliche con valori e orientamenti di fondo condivisi simili. In generale però si rileva l'influenza di tale dimensione analitica sul clima nel pronto soccorso: è centrale in tale sotto-ambiente la presenza di una forte etica professionale che condiziona il servizio, ma anche le relazioni tra i lavoratori. La deontologia professionale è sicuramente un fattore determinante del clima organizzativo.

#### Ambiente fisico

Come già ricordato precedentemente, per poter operare un confronto tra le quattro realtà esaminate si è dovuto anche — prescindendo dalle percezioni degli operatori — esaminare oggettivamente la dotazione strutturale effettiva (locali, attrezzature, spazi dedicati al personale, ecc.) del pronto soccorso, che influenza in parte il cli-

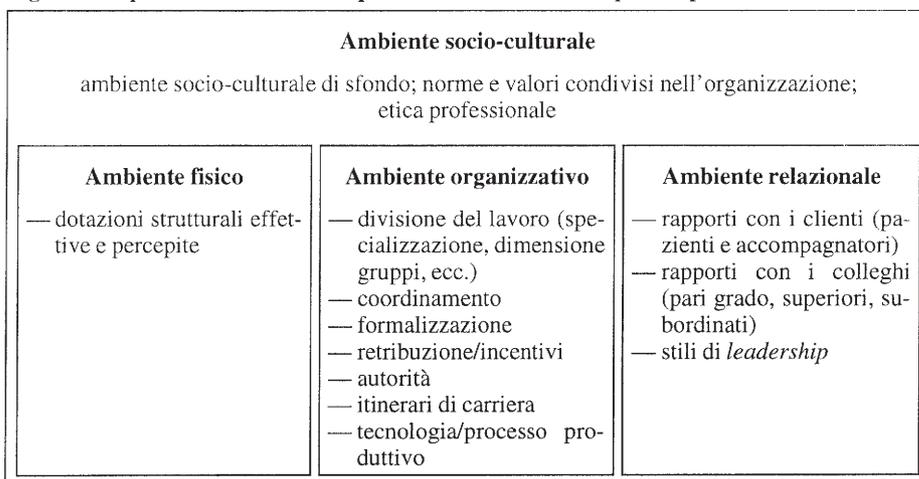
ma organizzativo. Più importante ai fini dell'analisi è, invece, la percezione delle dotazioni strutturali. In particolare si è voluto indagare la percezione dell'igiene e della sicurezza sul lavoro — fattori primari per le attività ospedaliere di pronto soccorso — e quella dell'accoglienza dei locali destinati alle attività operative e di quelli dedicati esclusivamente agli operatori (bagni, spogliatoi, ecc.).

#### Ambiente organizzativo

Centrale è nel modello la valutazione della percezione degli operatori del loro ambiente organizzativo. Le regole e procedure, la divisione del lavoro, i meccanismi di coordinamento adoperati, i sistemi di autorità formali e soprattutto informali — che vengono modificati e implementati diversamente nelle quattro strutture — condizionano fortemente il clima organizzativo.

Gli altri aspetti — quali ad esempio gli itinerari di carriera, i sistemi di incentivi e le altre componenti organizzative generali — non sono stati presi in considerazione in quanto generalizzati e uniformi nelle quattro strutture pubbliche.

Figura 8 - I quattro sotto-ambienti per l'analisi del clima nel pronto soccorso



**Ambiente relazionale**

L'analisi dell'ambiente relazionale mira ad individuare i rapporti esistenti tra gli operatori nell'effettuazione del servizio — rapporti tra parigrado e con superiori e subordinati — e quelli tra questi ultimi e il cliente finale dell'organizzazione. In particolare per il pronto soccorso è interessante rilevare anche la relazione con gli accompagnatori del paziente, che si possono far rientrare in una nozione di cliente allargato. Con l'analisi di questo sotto-ambiente si sono voluti individuare, inoltre le relazioni tra gli operatori al di fuori delle attività lavorative: i rapporti informali giocano un'importante ruolo sul clima organizzativo interno (figura 8).

Il questionario, coerentemente all'analisi dei fattori di qualità, è stato strutturato sulla base dei tre sotto-ambienti che presentano differenze nelle quattro strutture: ambiente fisico, organizzativo e relazionale.

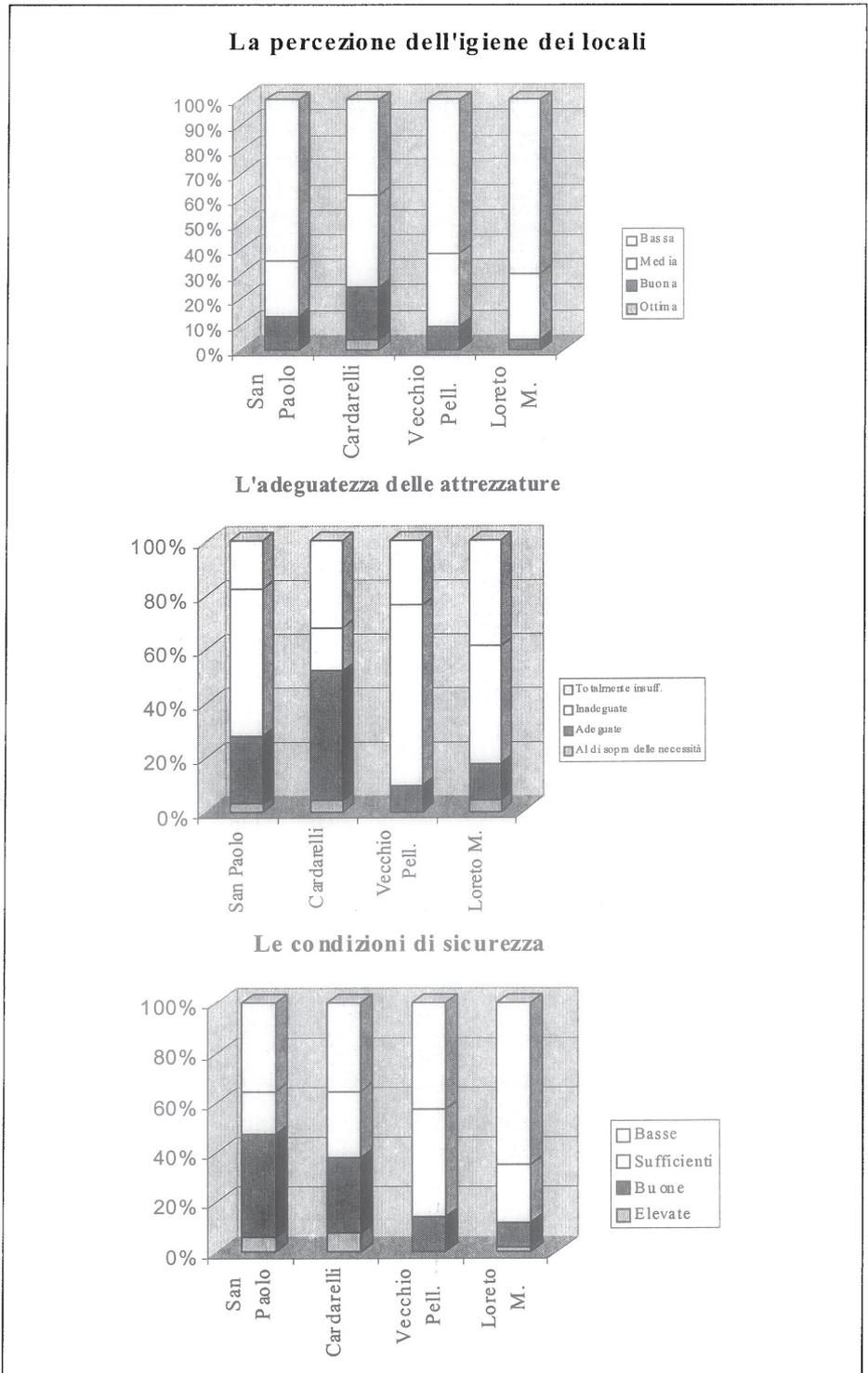
L'analisi della percezione dell'ambiente ha portato risultati interessanti e coerenti con le indicazioni finali emergenti e con l'analisi oggettiva delle strutture. In particolare, come già emerso dall'analisi dei questionari dei clienti, emerge una forte contrapposizione tra il Cardarelli e le altre strutture.

È molto bassa la percezione dell'igiene sia dei locali adibiti alle prestazioni di pronto soccorso — con una punta del 70% al Loreto Mare — sia negli spogliatoi e nei bagni dedicati al personale, in questo caso i locali vengono quasi sempre giudicati poco puliti o sporchi, anche se le percentuali più alte di risposte interessano ancora una volta il Loreto Mare, seguito dal San Paolo (32). Il Cardarelli, parimenti alle altre strutture presenta una situazione negativa anche se i valori percentuali testimoniano livelli di igiene percepita leggermente più alti. Tali dati sono coerenti anche con i ri-

sultati della percezione dell'igiene da parte degli utenti (figura 9).

Le altre condizioni dell'ambiente fisico che sono state indagate riguar-

**Figura 9 - I risultati sulla percezione dell'ambiente fisico**



dano due elementi molto importanti per una struttura di pronto soccorso: l'adeguatezza delle attrezzature e le condizioni di sicurezza. In entrambi i casi ancora una volta sono state registrate percezioni negative al Loreto Mare seguito a breve distanza dal Vecchio Pellegrini. Da notare, invece, la buona percezione — testimoniata anche da dati oggettivi — delle attrezzature al Cardarelli e delle condizioni di sicurezza al San Paolo (33).

A giustificare parzialmente i risultati positivi del Cardarelli rispetto alle altre strutture bisogna ricordare non solo — come già detto — che si tratta di un D.E.A. di secondo livello, progettato *ad hoc* per le finalità di primo intervento e con dotazioni di alta specialità.

Dall'analisi dell'ambiente organizzativo emerge, invece, che diversi sono i modelli organizzativi adottati nonostante una legislazione e dei valori di fondo comuni. Sono state analizzate in particolare le modalità di definizione delle attività lavorative (mansioni, turni, ecc.), la partecipazione degli operatori alla loro definizione, il grado di autonomia nello svolgimento dei compiti, il grado di formalizzazione delle procedure e la disponibilità a svolgere compiti non formalizzati nella mansione.

Dall'analisi emergono alti livelli di formalizzazione delle attività sia al Cardarelli, sia al Vecchio Pellegrini; il primo si caratterizza però per un utilizzo maggiore del lavoro in team e per una mancanza di problemi nella definizione dei turni (34), nonostante si rilevi un'assenza pressoché totale degli operatori nella partecipazione alla loro definizione (figura 10).

L'analisi comparata delle quattro strutture permette l'individuazione di tre differenti modelli organizzativi.

Il primo modello etichettato come burocratico caratterizza l'organizzazione del lavoro sia nel Cardarelli sia

nel Vecchio Pellegrini. In queste strutture si rileva: un'elevata presenza di procedure formalizzate, mansioni altamente definite, bassa partecipazione degli operatori intervistati alla definizione dei turni. L'unica differenza, evidente anche in figura 10 è relativa al grado di autonomia. In entrambi i pronto soccorso si notano forti modelli di autorità che coordinano l'azione degli operatori, anche se con alcune differenze: nel Cardarelli, infatti, prevale un'autorità basata sulle competenze professionali, mentre invece al Vecchio Pellegrini è la Direzione amministrativa — un'autorità, quindi, basata sull'applicazione di regole — che interviene costantemente nei processi di lavoro «burocratizzando» l'organizzazione. È da rilevare, comunque, che la forte formalizzazione del comportamento nel Cardarelli è principalmente giustificata dall'elevata dimensione del pronto soccorso; è indispensabile, quindi, per conseguire un buon livello di prestazioni.

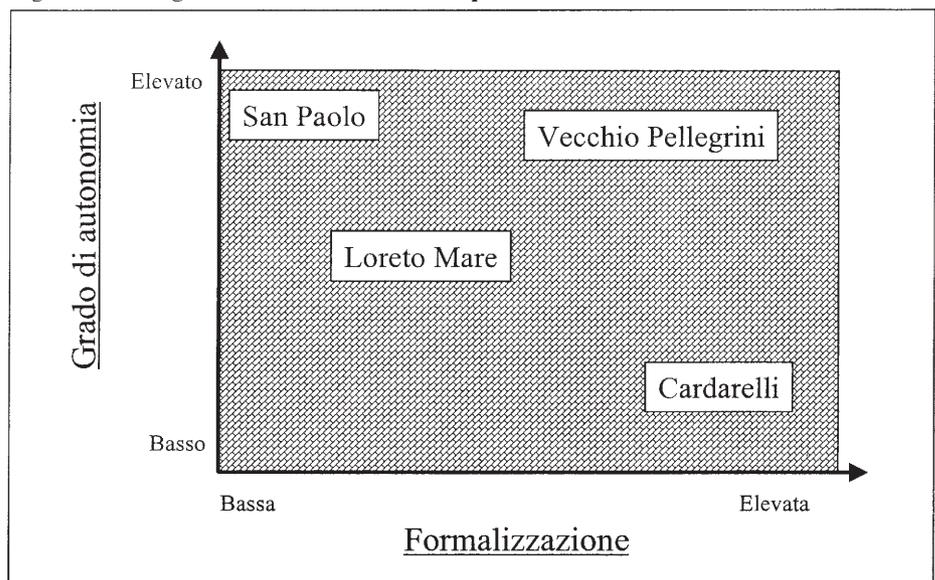
Al Loreto Mare si è rilevato, invece, un modello organizzativo spontaneo: all'utilizzo di procedure non formalizzate e al forte adattamento reciproco si

accompagna anche una media partecipazione alla definizione dei turni (il 48% degli intervistati la ritiene elevata o media).

Il San Paolo, infine si caratterizza per un modello organizzativo definito anarchico: vi è un'elevata autonomia nello svolgimento delle mansioni che si accompagna ad una altrettanto elevata partecipazione alla definizione dei turni. Il 42,6% degli operatori, infatti, dichiara di svolgere il proprio lavoro nella più completa autonomia, mentre ben il 63,2% ritiene che la partecipazione alla definizione dei turni sia media o elevata. La scarsa presenza o osservanza di regole organizzative, inoltre, è coerente con il basso utilizzo di modelli di autorità formale.

L'ultima dimensione ambientale analizzata, la relazionale, è quella che più si avvicina agli studi sulla cultura organizzativa. È stata, quindi, interpretata alla luce di due variabili tipiche dell'analisi culturale delle organizzazioni: il grado di socievolezza presente nell'organizzazione e il grado di solidarietà tra gli operatori (Goffee e Jones, 1996).

Figura 10 - L'organizzazione del lavoro nelle quattro strutture



Sulla base di tali dimensioni — combinando opportunamente le risposte ad un gruppo di domande omogenee — si è costruita la matrice in figura 11, che individua quattro tipologie climatico-culturali rinvenute dall'analisi dei pronto soccorso esaminati.

La socievolezza di un'organizzazione si fonda sui rapporti informali che si vengono a creare tra gli operatori anche al di fuori della sfera lavorativa. Quando è limitata solo a sottogruppi dell'organizzazione e non è un valore condiviso può rappresentare un pericolo per l'intera organizzazione: relazioni informali molto forti, associate a obiettivi comuni dei partecipanti al gruppo possono alterare le procedure, creare resistenza alle regole e/o all'implementazione di cambiamenti non graditi.

La solidarietà è, invece, una componente tipica di quelle organizzazioni in cui le relazioni sono strutturate su mansioni comuni, interessi reciproci e obiettivi condivisi (Goffee e Jones, 1996) e solitamente la si ritrova anche in ambienti caratterizzati dalla presenza di professionisti e/o da un elevato tasso di sindacalizzazione. È quindi una dimensione facilmente rinvenibile in un pronto soccorso.

È emerso, infatti, che la solidarietà è presente in tutte le quattro strutture, anche se in maniera lievemente minore al San Paolo e al Loreto Mare. Quest'ultimo si caratterizza, inoltre, per una cultura frammentata, che parzialmente entra in contraddizione con i risultati emersi dall'analisi dell'ambiente organizzativo. Si è sottolineato, infatti, precedentemente il forte ricorso dell'adattamento reciproco tra gli operatori: lavoro in gruppo, ma senza spirito di collaborazione o senza un'alta solidarietà, che testimonierebbe maggiormente l'assenza di modelli di autorità o di *leadership* piuttosto che una predefinita procedura di lavoro.

Coerente con il modello «anarchico» è la collocazione del San Paolo: il forte individualismo e un medio grado di socievolezza sottolineano ulteriormente l'assenza di precise regole organizzative, il basso grado di formalizzazione, l'elevata autonomia e la mancanza di forti e formali modelli di autorità.

Peculiare è il risultato del Cardarelli che risulta caratterizzato da un elevato grado di socievolezza e solidarietà. Solitamente tali caratteristiche si ritrovano, infatti, in organizzazioni di piccole dimensioni, giovani e in forte espansione. È difficile immaginarle all'interno di un pronto soccorso, in cui operano centinaia di persone che ruotano tra più turni e in cui, quindi, raramente si costituiscono gruppi di lavoro stabili nel tempo formati dagli stessi operatori. Analogamente strana è la presenza di questa cultura partecipativa in un'organizzazione con un elevato grado di formalizzazione. Un'ipotesi risolutiva di queste perplessità potrebbe essere quella secondo la quale i membri dell'organizzazione reagiscono alla burocratizzazione

ne e sopperiscono alla forte rotazione nei gruppi di lavoro proprio sviluppando atteggiamenti di socievolezza e solidarietà.

Coerente, invece, con i risultati dell'analisi degli altri sub-ambienti climatici è la presenza di una cultura professionale nel Vecchio Pellegrini, caratterizzata da un alto livello di socievolezza, ma da una bassa solidarietà nello svolgimento del lavoro.

### 8. Riflessioni conclusive e alcuni suggerimenti

Dall'analisi effettuata emergono con chiarezza alcuni elementi di fondo, comuni alle quattro realtà esaminate, che spesso condizionano sia il clima dell'organizzazione-pronto soccorso sia le *performance* qualitative del servizio percepite dagli utenti.

In questa direzione è da leggere la forte relazione rilevata tra ambiente fisico e soddisfazione degli operatori da un lato e degli utenti dall'altro. Esistono delle enormi carenze per quel che riguarda la struttura e tali carenze influiscono in modo negativo su tutti gli

Figura 11 - I quattro ambienti climatici e culturali

<u>Socievolezza</u>	Alta	<i>Cultura Individuale</i> San Paolo	<i>Cultura Partecipativa</i> Cardarelli
	Bassa	<i>Cultura Frammentata</i> Loreto Mare	<i>Cultura Professionale</i> Vecchio Pellegrini
		Bassa	Alta
		<u>Solidarietà</u>	

Fonte: rielaborata da Goffee e Jones (1996).

operatori; accade, infatti, che gli operatori perdano gran parte della loro forza motivazionale a causa dell'inefficienza e della non funzionalità della struttura e che persone poco motivate trovino nella stessa inefficienza una giustificazione a performance non ottimali. Un forte peso sui giudizi complessivi in merito ai servizi ricevuti è, inoltre, dato dagli utenti proprio alle caratteristiche strutturali dell'ambiente in cui si svolge il processo. Dall'analisi emerge però con chiarezza che le relazioni personali-professionali, che si instaurano tra operatori e utenti, possono attenuare o addirittura annullare le percezioni negative sugli aspetti qualitativi della struttura.

Dal punto di vista più direttamente legato all'organizzazione del lavoro si è rilevata, inoltre, la quasi totale assenza di *feedback* tra operatori e superiori gerarchici. Dalle risposte ricevute dagli operatori del servizio di pronto soccorso risultano poco frequenti, talvolta addirittura inesistenti, e comunque sempre non formalizzati, controlli e verifiche da parte dei superiori sia sul lavoro svolto che sui risultati raggiunti; tale lacuna — o in un'accezione meno negativa, tale peculiarità — si concretizza non solo nella mancanza di critiche o lamentele e di apprezzamenti, ma anche di indicazioni sul modo di operare (protocolli di cura, direttive, consigli, ecc.). Poco frequenti sono, inoltre, gli scambi di pareri, consigli, apprezzamenti e critiche anche tra colleghi pari-grado.

Potrebbe, quindi, rivelarsi opportuno — per circoscrivere gli effetti negativi di tali mancanze — concentrare maggiormente l'attenzione sull'intero processo di erogazione del servizio per individuare quelle figure professionali chiave capaci di fungere da «integratori» tra i diversi operatori. Dall'analisi dei processi delle quattro strutture osservate è emerso che un ruolo fondamentale è ricoperto dal ca-

posala; questa figura rappresenta l'unico ponte, ufficializzato o meno, sia fra medici e non medici che fra amministrazione e personale operativo.

Investire su queste figure, ad esempio, con nuovi sistemi di valutazione e incentivazione o con la formazione — fornendo loro conoscenze e strumenti adatti allo svolgimento sia dei compiti attualmente assegnati che dei nuovi e più forti compiti di integrazione — potrebbe portare ottimi risultati sia nel miglioramento delle procedure organizzative, con un relativo *surplus* qualitativo, sia nel clima del pronto soccorso, intervenendo in maniera diretta nelle relazioni non solo organizzative, ma anche in quelle interpersonali.

Sempre da un punto di vista strettamente organizzativo, e ancora una volta con forti risvolti sulla struttura motivazionale dei singoli operatori, si rende necessaria una riprogettazione dei sistemi di valutazione e di incentivazione per tutti gli operatori. È difficile, comunque, ipotizzare un intervento in tal senso da parte delle singole strutture senza una riforma più ampia in questa materia nel sistema sanitario nazionale; infatti, anche l'ultimo tentativo di implementazione di un nuovo sistema di incentivazione, ispirato ad una logica di raggiungimento degli obiettivi, non ha dato ancora risultati convincenti.

Obiettivo prioritario della ricerca è stato indagare sulla correlazione, che si ritiene esista, tra clima organizzativo e *performance* qualitative dell'organizzazione; ma in indagini di questo tipo la presenza di variabili qualitative, difficilmente quantificabili e quindi non univocamente correlabili, permette di formulare esclusivamente giudizi di carattere generale.

Da questo punto di vista sono emerse in particolare due considerazioni:

— vi è una maggiore percezione di qualità nei processi di quelle strutture in cui minore o nulla è la formalizza-

zione e in cui medio o alto è il grado di autonomia nell'espletamento dei compiti; le organizzazioni con *performance* qualitative superiori sono, inoltre, caratterizzate da un basso grado di solidarietà, ma con un elevato grado di socievolezza tra gli operatori. Appare evidente, quindi, come per le prestazioni di pronto soccorso siano importanti le singole relazioni che si instaurano tra operatori e clienti, mentre più lievi sono gli influssi della più generale organizzazione del lavoro. In questo modo anche modelli definiti «anarchici», ma che responsabilizzano maggiormente gli operatori, facendoli rapidamente crescere da un punto di vista professionale, dando loro maggiore autonomia, sono percepiti in maniera più positiva dagli utenti rispetto a modelli «burocratici» che spesso sono indispensabili per gestire organizzazioni di dimensioni elevate;

— ma se il clima organizzativo influisce sulle prestazioni fornite, anche le tipologie di utenti e le caratteristiche delle patologie che più frequentemente vengono trattate all'interno del singolo pronto soccorso, esercitano una notevole influenza sullo stesso clima dell'organizzazione. Strutture di pronto soccorso che tipicamente sono chiamate a gestire patologie gravi o particolari (tipiche, ad esempio, di strutture con bacini di influenza di aree a forte densità camorristica) presentano problematiche che influenzano negativamente il clima organizzativo, anche se d'altronde fanno sviluppare maggiormente gli elementi di coesione tra gli operatori.

Al Loreto Mare, in modo più evidente, ma anche in tutte le altre strutture, il tipo di utenza ed il rapporto che questa instaura con il personale giocano un ruolo fondamentale sul clima di lavoro. Il lavoro al pronto soccorso è per definizione frenetico e stressante ma diviene ancor più difficile se gli utenti creano confusione o intralciano

in qualche modo il lavoro. Non è certamente possibile effettuare una selezione degli utenti ma è invece possibile e necessario organizzare il pronto soccorso in modo da rendere minimi gli intralci da parte dei pazienti e dei parenti in attesa, aumentando le informazioni sui tempi di attesa e migliorando o creando delle sale di attesa confortevoli.

In conclusione, in una realtà così complessa ed eterogenea le leve a disposizione dei responsabili dei servizi di pronto soccorso, possono così sintetizzarsi:

— miglioramenti della struttura, con l'utilizzo dei fondi appositamente stanziati a tal fine (vedi, ad esempio, la legge 67/88);

— definizione di una più chiara strategia di gestione e sviluppo delle risorse umane, puntando su una più attenta analisi motivazionale, attraverso l'utilizzo di sistemi di incentivazione correlati alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati, ed inoltre, da un punto di vista operativo, su una più puntuale analisi del lavoro, formalizzando, ad esempio, le procedure per la definizione dei turni e dei carichi di lavoro.

Un servizio di alta qualità consiste nel servire al meglio il cliente da quando entra in contatto con l'ospedale fino al momento in cui viene dimesso. Un servizio con queste caratteristiche può essere prestato solo da dipendenti soddisfatti, fedeli e produttivi: dipendenti che si sentano considerati dall'organizzazione di appartenenza come risorse di valore e che possono così, a loro volta, considerare i clienti come risorsa di valore (35).

Il lavoro qui presentato ha messo in evidenza che il clima ambientale e lavorativo creato per i lavoratori, tramite qualche meccanismo, trascende i confini dell'organizzazione e si ribalta direttamente sulla qualità del servizio reso al cliente. In quest'ottica il

*management* aziendale deve porre con la massima urgenza, anche se i risultati apprezzabili si avranno solo a lungo termine, una attenzione maggiore alla gestione delle risorse umane affinché si riesca a stimolare la motivazione e il senso di appartenenza dei dipendenti ed incrementare così il valore dei servizi resi: e la soddisfazione dei clienti ne sarà una diretta conseguenza (36)!

(1) Cfr. art. 14 D.L. vo 30 dicembre 1992, n. 502 con modifiche del D.L. vo. 7 dicembre 1993, n. 517.

(2) Decreto del Ministero della sanità 15 ottobre 1996, «Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie».

(3) La ricerca coordinata dalla professoressa Rosalba Filosa Martone, docente di Economia e gestione delle aziende di pubblici servizi, è stata svolta in collaborazione con il professor Riccardo Mercurio, docente di Amministrazione del personale. Alla ricerca hanno partecipato Paola Consiglio, Luigi Moschera e gli studenti dei due corsi tenuti nell'a.a. 1996-1997. Questi ultimi hanno svolto l'indagine diretta presso le strutture sanitarie ed hanno somministrato ed elaborato i questionari. Agli autori del presente articolo il compito di riordinare il materiale, integrandolo con tutte le informazioni utili per facilitarne la comprensione al lettore.

(4) Le ambulanze sono differenziate a seconda della strumentazione tecnica e della tipologia del personale di cui sono dotate; quelle di tipo A, definite di soccorso, dovrebbero utilizzarsi nel caso di interventi sanitari complessi, urgenti e che richiedono nel luogo del soccorso, o durante il trasporto, prestazioni non differibili; quelle di tipo B, definite di trasporto, sono, invece, in grado di garantire unicamente il trasporto ed una assistenza di base.

(5) Sacchetta A., Fanfoni S. (1994).

(6) Legge regionale 11 gennaio 1994 «Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria», Bollettino Ufficiale della Regione Campania, 18 gennaio 1994; titolo III, artt. 11 e 12.

(7) Una riflessione puntuale sul problema della domanda impropria di pronto soccorso

non può prescindere dalla osservazione fatta da numerosi operatori: essi evidenziano il caso di utilizzo patologico del servizio di pronto soccorso da parte di soggetti che vi si recano unicamente al fine di eseguire visite o esami specialistici senza pagare la *ticket* e senza dover attendere i tempi lunghi previsti dalle liste di attesa.

(8) È necessario precisare che il Cardarelli, nella citata legge regionale, è definito anche C.E.R. per i trapianti epatici, per gli avvelenamenti e per le grandi ustioni.

(9) È opportuno chiarire la differenza di significato attribuita ai termini *fattore*, *indicatore* e *standard* di qualità. Con il primo termine, *fattore* di qualità, si indica una caratteristica, qualitativa o quantitativa, rilevante per la percezione dell'oggetto in esame; con il termine *indicatore* di qualità si definisce un parametro misurabile del *fattore* di qualità; con il termine *standard* di qualità si indica il livello atteso dell'indicatore. Lo *standard* specifico, infine, è il valore obiettivo dello *standard* per una specifica azienda. Cfr. D.P.C.M. 19 maggio 1995, pag. 4.

(10) Al fine di rilevare eventuali difficoltà di comprensione o ridondanza delle domande, la fase dell'indagine diretta è stata preceduta da una prova dei questionari; successivamente, dopo aver effettuato le modifiche necessarie, si è passati alla loro somministrazione che è avvenuta, contemporaneamente in tutte le strutture prescelte, nella settimana dal 12 al 17 maggio 1997, intervistando dalle 15.00 alle 20.00 tutti i pazienti che entrati nel pronto soccorso venivano dimessi nella stessa giornata. Nella settimana prescelta sono state effettuate 378 interviste agli utenti e 215 al personale.

(11) Cfr. D.L. vo 502/92 modificato ed integrato dal D.L. vo 517/93, artt. 4, comma 2, e 10.

(12) Guzzanti E. (1996).

(13) Sacchetta A., Fanfoni S. (cit.).

(14) D.P.R. 27 marzo 1992, D.P.R. 1° marzo 1994 e Linee guida del Ministero della sanità n. 1/1996.

(15) Ministero della sanità, «Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992». G.U. 17 maggio 1996, numero 114.

(16) I Centri di emergenza regionali (C.E.R.) sono previsti dall'art. 37 della citata legge regionale che istituisce in Campania il sistema integrato per la gestione delle emergenze sanitarie. I C.E.R. sono presidi di riferimento regionali, istituiti per garantire il trattamento di patologie complesse che richiedono strutture ad elevata tecnologia, e sono dislocati presso

ospedali o policlinici universitari ove sono presenti attività altamente specialistiche.

(17) Come già precisato, il Cardarelli è nella norma definito C.E.R. per i trapianti epatici, per gli avvelenamenti e per le grandi ustioni.

(18) È opportuno sottolineare la differenza esistente tra l'accettazione come funzione, spesso dislocata all'interno dei locali che ospitano il pronto soccorso, dall'accettazione come attività all'interno del processo di erogazione del servizio di emergenza, di cui si tratterà nella parte dedicata all'analisi del processo.

(19) Rossi Prodi M., Stocchetti A. (1990).

(20) Pazienti ambulanti: sono coloro che possono accedere al servizio di P.S. senza ricorrere al mezzo di trasporto; per essi è necessario un comodo collegamento alla rete viaria ed un percorso semplice ed adeguatamente segnalato.

Pazienti veicolati: sono coloro che vi accedono, invece, con l'ambulanza o con auto privata; in tal caso si richiede una segnaletica visibile e chiara nei luoghi circostanti l'ospedale, tale da instradare correttamente i mezzi di soccorso all'ospedale. Il percorso carrabile deve essere indipendente dal resto della rete viaria interna e deve garantire la circolazione unidirezionale e la sosta temporanea dei veicoli per lo «scarico» ed il «carico» dei pazienti. Presso tale zona dovrebbero essere sempre disponibili barelle e sedie a rotelle per il prelievo e il trasporto interno dei pazienti stessi.

(21) Ippolito A. (1996).

(22) Al Loreto Mare anche essendovi due accessi separati, per i pedoni e per gli automezzi, viene usato dai pedoni, quasi esclusivamente, l'accesso dedicato alle ambulanze.

(23) Mediante una convenzione tra ASL NA 1, CRI e altre croci private si è dotato il territorio della città di Napoli di 11 ambulanze; chiamando il 112 o il 113 la telefonata viene trasferita ad una sorta di centrale operativa, con sede negli uffici della ASL NA 1; se si tratta di una palese situazione di urgenza il servizio di trasporto infermi è gratuito, se si tratta, invece, di trasporto di soggetto con patologia non grave il servizio è a pagamento.

(24) In tutto il comprensorio bolognese, la media dei tempi complessivi di intervento di «Bologna Soccorso», dalla chiamata al ricovero, è di 17 minuti. Cfr. Rotondi P., Lazzaro C. (1994).

(25) Una prima esperienza italiana si è avuta nella città di Bologna: in questo caso, il triage è stato addirittura applicato a monte, ossia nella fase di invio delle ambulanze da parte della C.O. di Bologna soccorso. Diversamente dal metodo raccomandato dell'*Emergency Care Committee* degli USA che predilige codici composti da sigle diverse per i differenti sta-

di di gravità, in Italia, sulla scia dell'esperienza pilota di Bologna, si stanno diffondendo sempre più casi di triage basati su codici colori; questi ultimi, pur nella loro limitatezza, rappresentano un metodo semplice e, soprattutto, facilmente comprensibile per la cittadinanza. Quest'attività deve necessariamente essere svolta da un infermiere professionale addestrato il quale, dopo avere valutato le condizioni generali e i parametri vitali, assegna il codice di priorità (colore) e nel caso di urgenza indifferibile consegna immediatamente il paziente all'infermiere addetto alla sala trattamento. Cfr. Ottone G. (1996).

(26) Filosa Martone R., Ippolito A. (1997).

(27) In Emilia-Romagna un progetto di *benchmarking* avente ad oggetto il pronto soccorso, ha individuato come *best practice* per un corretto *follow-up* in caso di dimissioni di pazienti con infortuni comuni, la predisposizione di materiale informativo prestampato.

(28) Con la L. 67/88, all'art. 20 sono stati stanziati 1.065 miliardi per il recupero delle strutture sanitarie della regione Campania: al Cardarelli sono stati assegnati 108 MLD, utilizzati prevalentemente per il recupero strutturale degli edifici; mentre l'ASL 1 ne ha ricevuti 184, in gran parte destinati all'adeguamento degli impianti alle disposizioni del decreto legislativo 626 del 1994.

(29) Da una stima effettuata sui dati relativi ai primi nove mesi del 1998, gli accessi medi giornalieri al pronto soccorso risultano di circa 600 unità.

(30) Per un approfondimento delle problematiche di gestione delle risorse umane nelle aziende di servizi cfr. Schneider e Bowen (1993).

(31) Le analisi climatiche sono anche utilizzate come indicatore delle performance delle politiche di gestione delle risorse umane adottate nell'organizzazione.

(32) Al Loreto Mare il 60% degli operatori giudica bassa l'igiene dei locali e ben il 70% ritiene che i locali ad uso interno siano molto sporchi. Al San Paolo le percentuali sono rispettivamente il 64,7% il 55,9%.

(33) Un intervistato su due trova adeguate le attrezzature del Cardarelli, mentre il 47% giudica elevate o buone le condizioni di sicurezza sul posto di lavoro al San Paolo.

(34) All'interno del team elevato è il ricorso alla gerarchia (26,3%). Un operatore su due giudica, inoltre, buona o pienamente soddisfacente l'organizzazione dei turni di lavoro, nonostante il 51,2% ritenga che la partecipazione alla definizione sia nulla.

(35) Schneider B., Bowen D.E. (cit.).

(36) Heskett J.L., Jones T.O. et al. (1995).

## BIBLIOGRAFIA

- BONALDI A., FOCARILE F., TORREGIANI A. (1994), *Curare la qualità*, Guerini e Associati, Milano.
- CAPRANICO S. (1992), *In che posso servirla*, Guerini e Associati, Milano.
- DE VITA A. (1995), *Service Management, stress e leadership*, Sviluppo e Organizzazione, 149.
- FILOSA MARTONE R., IPPOLITO A. (1997), *Customer satisfaction e sanità: un binomio possibile*, Mecosan, n. 22.
- GOFFEE R., JONES G. (1996), *What Holds Modern Company Together*, Harvard Business Review, november-december; trad. it. «La cultura è il collante dell'identità aziendale», Harvard Business Review (ed. italiana), luglio-agosto, 1997.
- GUZZANTI E. (1996), *Il Dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali*, Giornata di lavoro del Ministro Guzzanti e degli Assessori regionali alla sanità, Napoli, maggio 1996.
- HESKETT J.L., JONES T.O. ET AL. (1995), *Il profitto nel terziario viene dai dipendenti*, Harvard Business Review, Gennaio-Febbraio.
- IPPOLITO A. (1996), *La segnaletica nelle aziende sanitarie come strumento di comunicazione per la gestione dei flussi di clienti*, Mecosan, n. 18.
- OTTONE G. (A CURA DI) (1996), *Pronto soccorso, servizi di emergenza*, 118, Centro Scientifico Editore, Torino.
- QUAGLINO G. P., MANDER M. (1992), *Le indagini sui climi organizzativi*, in Costa G., a cura di, *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino.
- QUAGLINO G.P., CORTESE C., RONCO P. (1995), *Clima organizzativo e qualità delle relazioni interne*, Sviluppo e Organizzazione, 147.
- ROSSI PRODI M., STOCCHETTI A. (1990), *L'architettura dell'ospedale*, Alinea editore.
- ROTONDI P., LAZZARO C. (1994), *Progettazione organizzativa di un sistema integrato di gestione dell'emergenza sanitaria: il caso Bologna Soccorso*, Mecosan, n. 12.
- SACCHETTA A., FANFONI S. (1994), *Il pronto intervento cittadino nella città di Roma*, Tecnica Ospedaliera, n. 7.
- SCHEIN E.H. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey Bass, San Francisco.
- SCHNEIDER B., BOWEN D.E. (1993), *La gestione delle risorse umane nel settore dei servizi*, Sviluppo e Organizzazione, 140.



# PROGETTO ATLAS: MODELLO PER UNA VALUTAZIONE GLOBALE DELL'USO DEI FARMACI ANTIIPERTENSIVI

Ezio Degli Esposti<sup>1</sup>, Pierluigi Macini<sup>2</sup>, Alessandra Sturani<sup>3</sup>, Pasquale Falasca<sup>4</sup>, Stefano Buda<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Unità per la valutazione dei percorsi e degli esiti, Direzione Sanitaria, ASL Ravenna

<sup>2</sup> Direzione Sanitaria, ASL Ravenna

<sup>3</sup> Unità per la diagnosi e cura dell'ipertensione arteriosa, Servizio di Nefrologia, Ospedale S.M. delle Croci, ASL Ravenna

<sup>4</sup> Servizio di epidemiologia e statistica, Direzione Sanitaria, ASL Ravenna

<sup>5</sup> CliCon S.r.l., Ricerche cliniche e farmacoeconomiche, Ravenna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiale e metodi - 3. Risultati - 4. Discussione.

## 1. Introduzione

L'attenzione verso il consumo di farmaci è sicuramente aumentata negli ultimi anni per motivi sia medici sia economici. Il progressivo incremento del consumo di farmaci ha trovato, infatti, una giustificazione nell'importanza assunta dalla terapia farmacologica nella cura di malattie acute e nel controllo di malattie croniche, e nella disponibilità di farmaci la cui provata efficacia ne rende possibile l'uso anche per obiettivi di prevenzione primaria e/o secondaria (Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1994; Shepherd J., Cobbe S.M., Ford I., *et al.*, 1995). Il conseguente maggiore assorbimento di risorse pone la valutazione farmacoeconomica come un elemento insostituibile in un corretto processo di decisione terapeutica. Ciò non significa che la scelta terapeutica meno costosa sia sempre la più economica: l'uso odierno di un farmaco a più alto costo potrebbe, per esempio, contribuire ad evitare l'insorgenza nel tempo di complicanze di peso economico e sociale più rilevante. Il trattamento dell'ipertensione arteriosa, e la prevenzione cardiovascolare in genere, rappresentano un esempio di come i costi immediati vadano valutati alla luce dei possibili benefici nel lungo periodo (Bernard D.B., Townsend R.R., Sylvestri M.F., 1998).

Da un punto di vista clinico è il singolo medico che identifica l'ipertensione arteriosa, informa il paziente della necessità e degli obiettivi del trattamento, decide il tipo e la dose del farmaco antiipertensivo, effettua la prescrizione farmacologica, programma i tempi di controllo. È poi il singolo paziente a recarsi in farmacia per acquistare il farmaco, ad assumere il farmaco come indicato dal medico, a rispettare i tempi dei controlli. Sono quindi numerosi i momenti operativi che, se non rispettati, possono rendere una terapia farmacologica correttamente prescritta non efficace. La prescrizione rappresenta, comunque, il passaggio obbligato per osservare la successione degli eventi precedentemente descritta. La presenza dei farmaci antiipertensivi in classe A, cioè interamente a carico del sistema sanitario nazionale, e la disponibilità di una banca dati che contenga tutte le prescrizioni di farmaci antiipertensivi e la possibilità di identificare i singoli assistiti, attraverso il codice sanitario regionale, permette, quindi, di descrivere i percorsi prescrittivi individuali e di ottenere dati di popolazione.

Lo scopo del presente lavoro è stato di identificare, attraverso una lettura individualizzata della banca dati dei farmaci antiipertensivi acquistati presso le farmacie, indicatori, riferibili

li all'individuo e secondariamente alla popolazione, che abbiano al momento attuale una comprovata valenza clinica basata sull'evidenza e, in un prossimo futuro, una valenza economica basata sugli esiti e che possano essere utilizzati per valutare l'appropriatezza dell'uso dei farmaci.

## 2. Materiale e metodi

L'analisi retrospettiva è stata condotta utilizzando sia l'anagrafica degli assistiti della provincia di Ravenna sia la banca dati delle prescrizioni di farmaci appartenenti alla classe A e B della Azienda sanitaria locale (ASL) di Ravenna. Il file contiene, per ogni assistito, il codice sanitario regionale, la data di nascita ed il sesso e, per ogni prescrizione, la data di compilazione, il codice identificativo del medico prescrittore, il codice ATC del farmaco, il codice MinSan del farmaco, il numero di confezioni prescritte, il costo di una confezione, il numero di compresse contenute in una confezione e i mg di principio attivo presenti in una compressa. Per il presente studio sono state

---

Il progetto Atlas (*Analysis of Therapy with Losartan and its Assessment of Saving*) è stato realizzato con il contributo della Merck Sharp & Dohme Italia.

considerate tutte le prescrizioni, e i relativi acquisti in farmacia nel periodo 1° gennaio 1996-31 dicembre 1997 di farmaci con codice ATC C02 (antiipertensivi), C03 (diuretici), C07 (betabloccanti), C08 (calcioantagonisti), C09 (sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina).

Sono state effettuate le seguenti analisi:

1) valutazione del consumo di farmaci. Considerando separatamente gli anni 1996 e 1997, sono stati valutati il numero di soggetti che hanno ricevuto una o più prescrizioni di farmaci, il numero di prescrizioni, il numero di confezioni, il costo per l'ASL, il numero di prescrizioni per paziente, il numero di confezioni per paziente, il costo annuale per paziente, il numero di confezioni per classe di farmaco, le variazioni 1997 vs 1996;

2) valutazione della continuità prescrittiva. Considerando l'intero periodo in analisi (24 mesi) sono state identificate due popolazioni:

a) soggetti non trattati: assistiti che non hanno ricevuto prescrizioni di farmaci antiipertensivi;

b) soggetti trattati: assistiti che hanno ricevuto una o più prescrizioni di farmaci antiipertensivi.

Nei soggetti trattati sono state identificate le seguenti modalità prescrittive: prescrizione occasionale, effettuata in pazienti che hanno ricevuto una sola prescrizione di uno o più farmaci; prescrizione saltuaria, effettuata in pazienti che hanno ricevuto più prescrizioni di farmaci ma che presentano almeno un intervallo temporale, fra due prescrizioni successive, superiore a 365 giorni; prescrizione sospesa, effettuata in pazienti che non hanno ricevuto prescrizioni di farmaci negli ultimi 180 giorni del periodo di osservazione; prescrizione continuativa, effettuata in pazienti non inquadrabili nelle classi precedenti. Nell'ambito dei soggetti trattati sono stati definiti

pazienti incidenti, cioè nuovi trattamenti, coloro che non presentavano prescrizioni di farmaci antiipertensivi nei 365 giorni precedenti e pazienti prevalenti, cioè trattamenti in corso, gli altri casi. La valutazione della continuità prescrittiva è stata effettuata separatamente nei due sessi;

3) valutazione della durata del trattamento. Considerando l'intero periodo in analisi è stato calcolato per i pazienti con prescrizione continuativa, sia incidenti sia prevalenti, il tempo intercorrente fra la prima e l'ultima prescrizione.

### 3. Risultati

#### 3.1. Valutazione del consumo di farmaci

Nella tabella 1 sono riportati i valori assoluti e le variazioni percentuali degli indicatori di consumo di farmaci

antiipertensivi ed il relativo costo nei due anni in studio. Nella tabella 2 è riportato il numero di confezioni acquistate in farmacia suddivise secondo famiglia di appartenenza. La spesa per gli antiipertensivi (C02) è passata da L. 1.440.123.900 a L. 1.626.039.300 (+ 12.9%), la spesa per i diuretici (C03) da L. 802.555.800 a L. 834.796.300 (+ 4.0%), la spesa per i betabloccanti (C07) da L. 1.444.329.800 a L. 1.636.560.900 (+ 13.3%), la spesa per i calcioantagonisti (C08) da L. 7.091.465.700 a L. 7.446.343.500 (+ 5.0%), la spesa per le sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina da L. 10.873.307.400 a L. 12.081.722.900 (+ 11.1%).

#### 3.2. Valutazione della continuità prescrittiva

Nel periodo considerato, nella popolazione di sesso femminile (in totale

**Tabella 1 - Confronto 1996 verso 1997 nel consumo di farmaci antiipertensivi**

		1996	1997	1997 vs 1996	
				va	%
Prescrizioni	n.	360,946	376,281	15,335	4.25
Confezioni	n.	1,156,762	1,189,814	33,052	2.86
Pazienti	n.	77,910	80,087	2,177	2.79
Costo (* 1000)	L.	21,651,782	23,625,462	1,973,680	9.12
Prescrizioni/paziente	n.	4.6	4.6	0.0	0.0
Confezioni/paziente	n.	14.8	14.8	0.0	0.0
Costo/paziente	L.	277,908	294,998	17,090	6.15

va = valore assoluto.

**Tabella 2 - Confronto 1996 verso 1997 nell'acquisto di confezioni delle diverse famiglie di farmaci antiipertensivi**

	1996		1997		1997 vs 1996	
	n.	%	n.	%	n.	%
C02	57,190	4.94	57,774	4.86	584	1.02
C03	131,755	11.39	138,136	11.61	6,381	4.84
C07	109,871	9.50	115,287	9.69	5,416	4.93
C08	338,945	29.30	333,757	28.05	- 5,188	- 1.53
C09	519,001	44.87	544,880	45.8	25,879	4.99
	1,156,762		1,189,834		33,072	2.86

182,725 soggetti), 126,287 donne (pari al 69.1%) non hanno ricevuto prescrizioni di farmaci antiipertensivi, 34,397 (pari al 18.8%) hanno ricevuto una prescrizione continuativa e 22,041 (pari al 12.1%) hanno ricevuto prescrizioni, ma non in maniera continuativa (cioè prescrizioni occasionali, saltuarie o sospese). Nella popolazione di sesso maschile (in totale 170,812 soggetti), 128,098 uomini (pari al 75%) non hanno ricevuto prescrizioni di farmaci antiipertensivi, 24,692 (pari al 14.5%) hanno ricevuto una prescrizione continuativa e 18,022 (pari al 10.5%) hanno ricevuto prescrizioni, ma non in maniera continuativa. Le tre modalità prescrittive identificate sono state analizzate in funzione dell'età, sia nella popolazione femminile (figura 1) che in quella maschile (figura 2). In entrambe le popolazioni la percentuale di soggetti trattati cresce al crescere dell'età. I dati relativi alle differenti modalità prescrittive nei pazienti incidenti e nei pazienti prevalenti sono riportati nella tabella 3 (popolazione femminile) e nella tabella 4 (popolazione maschile). Nelle due popolazioni la quota di coloro che effettuano un trattamento non continuativo è più elevata nei pazienti incidenti rispetto ai prevalenti (72.5% e 73.4% verso 34.4% e 36.9%). Tale atteggiamento ha indotto una spesa di L. 4.252.186.000 pari al 9.4% della spesa totale. Nelle figure 3 e 4, rispettivamente nella popolazione incidente e prevalente in monoterapia, è riportata la prevalenza percentuale di prescrizione delle diverse famiglie di farmaci antiipertensivi in rapporto all'età dei pazienti. I due comportamenti prescrittivi sono sostanzialmente sovrapponibili: gli antagonisti del sistema renina-angiotensina sono i farmaci più prescritti in ogni decade di vita, i beta-bloccanti raggiungono le percentuali di prescrizione più elevate nell'intervallo 30-49 anni, le percentuali di pre-

Figura 1 - Sesso femminile: percentuale di soggetti non trattati e di pazienti trattati con continuità o non continuità

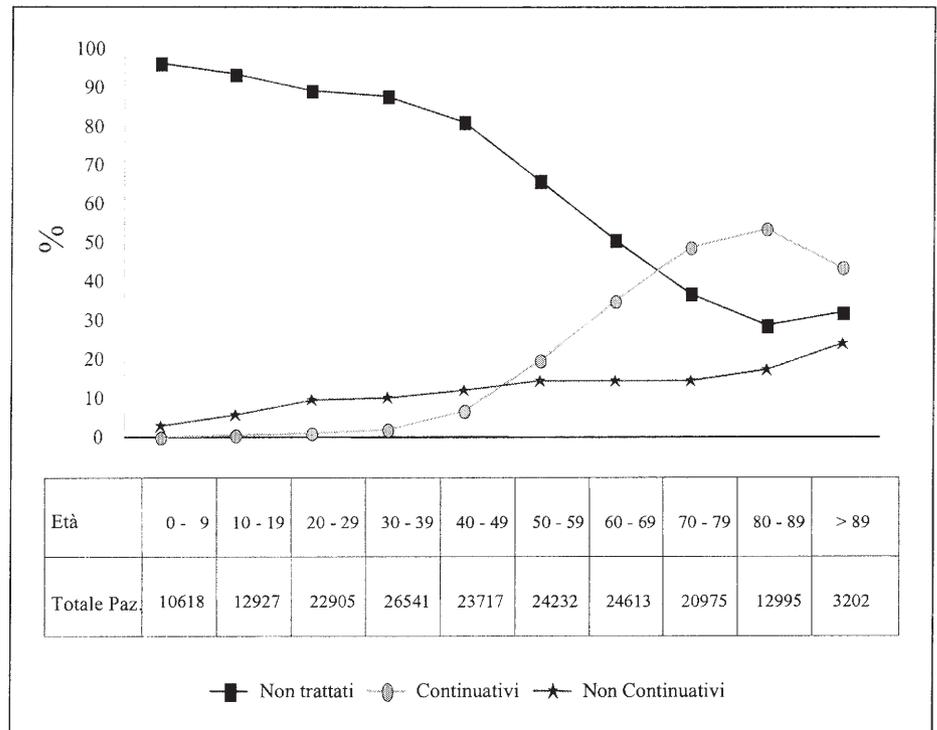
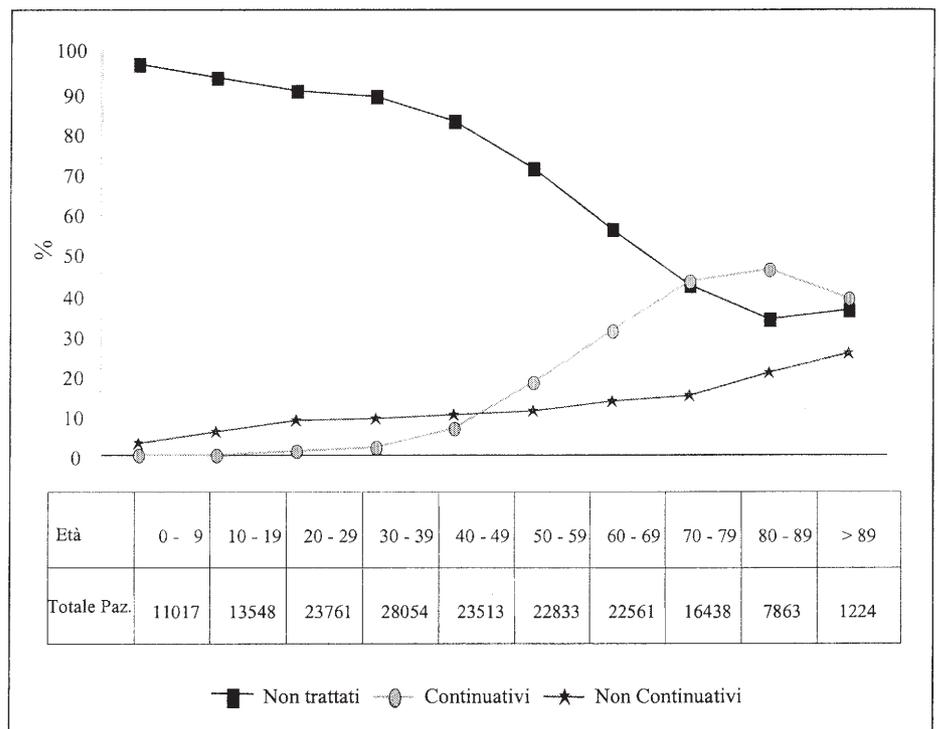


Figura 2 - Sesso maschile: percentuale di soggetti non trattati e di pazienti trattati con continuità o non continuità



**Tabella 3 - Sesso femminile**

	Popolazione incidente				Popolazione prevalente			
	Pazienti		Spesa		Pazienti		Spesa	
	n.	%	L. * 1000	%	n.	%	L. * 1000	%
Occasionale	7823	68.7	353078	39.0	7729	17.1	341563	1.4
Saltuaria	—	—	—	—	1886	4.2	294163	1.2
Sospesa	439	3.8	37536	4.1	5896	13.1	1290558	5.3
Continuativa:								
— unica classe	1934	17.0	260005	28.7	12309	27.3	6576496	27.1
— più classi	1189	10.5	254424	28.2	17234	38.3	15763586	65.0
	11385	100.0	905043	100.0	45054	100.0	24266396	100.0

**Tabella 4 - Sesso maschile**

	Popolazione incidente				Popolazione prevalente			
	Pazienti		Spesa		Pazienti		Spesa	
	n.	%	L. * 1000	%	n.	%	L. * 1000	%
Occasionale	6897	70.0	340767	38.5	6637	20.2	327854	1.7
Saltuaria	—	—	—	—	1279	3.9	227625	1.2
Sospesa	331	3.4	30340	3.4	4210	12.8	1008672	5.3
Continuativa:								
— unica classe	1611	16.3	260976	29.4	8681	26.4	5277674	27.5
— più classi	1019	10.3	253541	28.7	12049	36.7	12336446	64.3
	9858	100.0	885624	100.0	32856	100.0	19178271	100.0

scrizione dei diuretici e dei calcioantagonisti incrementano all'aumentare dell'età.

### 3.3. Valutazione della durata del trattamento

Nella popolazione incidente, sono 5753 i pazienti in trattamento continuativo: la durata del trattamento è compresa fra 0 e 13 settimane in 1716 pazienti (29.8%), fra 14 e 26 settimane in 1484 pazienti (25.8%), fra 27 e 39 settimane in 1633 pazienti (28.4%), fra 40 e 52 settimane in 920 pazienti (16%). Nella popolazione prevalente sono 50273 i pazienti in trattamento continuativo: la durata del trattamento è compresa fra 27 e 52 settimane in

**Figura 3 - Pazienti incidenti in terapia continuativa con un solo farmaco: percentuale di uso delle diverse famiglie di farmaci antiipertensivi**

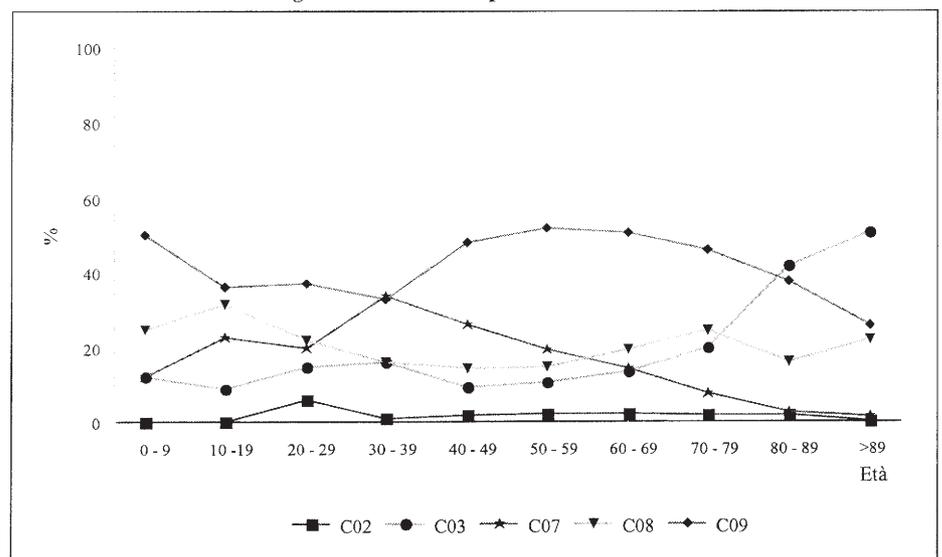
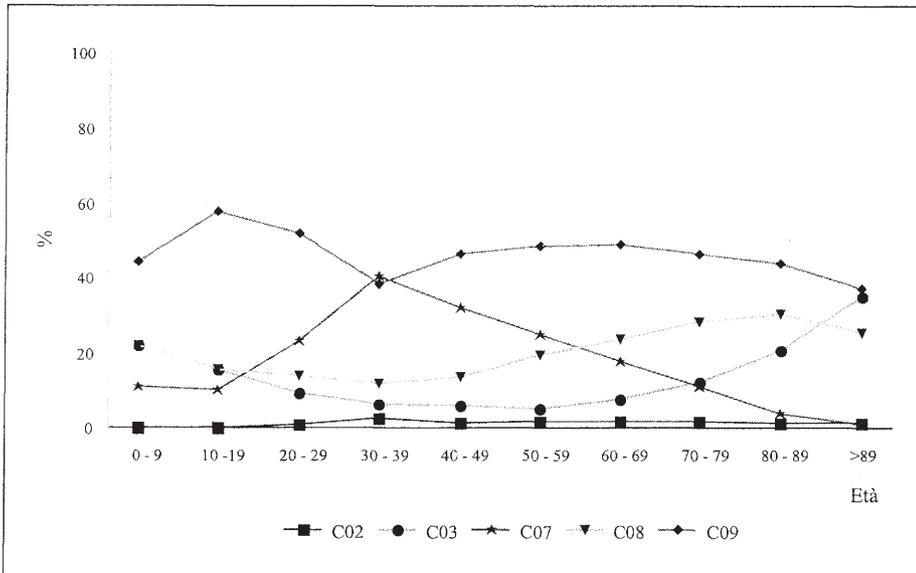


Figura 4 - Pazienti prevalenti in terapia continuativa con un solo farmaco: percentuale di uso delle diverse famiglie di farmaci antiipertensivi



1456 pazienti (2.9%), fra 53 e 78 settimane in 7346 pazienti (14.6%), fra 79 e 104 settimane in 41471 pazienti (82.5%).

#### 4. Discussione

L'analisi delle prescrizioni dei farmaci antiipertensivi è di particolare interesse per diversi motivi: l'ipertensione arteriosa è presente in una elevata percentuale di cittadini e rappresenta una delle principali attività ambulatoriali del medico di medicina generale; l'ipertensione arteriosa è la principale causa della morbilità e della mortalità cardiovascolare; l'ipertensione arteriosa deve essere trattata giornalmente per lunghi periodi (praticamente fino all'esito di mortalità); un efficace trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa riduce significativamente la morbilità e la mortalità cardiovascolare; il costo indotto dalla prescrizione dei farmaci antiipertensivi rappresenta una delle principali fonti di spesa a carico del Sistema sanitario nazionale; il costo medico e sociale del danno d'organo (cuore, rene, cervello, albero vascola-

re) causato dall'ipertensione arteriosa è estremamente elevato. La complessità della situazione trova un riscontro anche nella definizione delle linee guida al trattamento dell'ipertensione arteriosa (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 1997; WHO-ISH, 1999). È evidente quindi che l'affrontare il problema della valutazione dell'uso dei farmaci antiipertensivi è di primaria importanza nella attuale realtà sanitaria.

Considerando che l'efficacia di un trattamento farmacologico antiipertensivo dipende in modo determinante dalla sua corretta modalità di esecuzione intesa come continuità e durata del trattamento, riteniamo che questi due parametri debbano essere utilizzati come un primo indicatore di adeguatezza della terapia antiipertensiva. I nostri dati evidenziano che una elevata percentuale di soggetti ricevono prescrizioni episodiche o saltuarie di farmaci antiipertensivi con conseguenti costi a carico della ASL che possono sicuramente essere definiti come impropri. Ma, al di là del dato economico, è l'aspetto clinico che sol-

leva non pochi dubbi: si tratta di pazienti normotesi che non andavano, quindi, trattati o di ipertesi che sono stati persi al trattamento? È verosimile pensare che ci troviamo di fronte ad entrambe le possibilità. Sarà solo l'osservazione longitudinale che, confrontando i soggetti non trattati con i soggetti trattati continuativamente o saltuariamente, permetterà di meglio definire la relazione esistente fra morbilità e mortalità cardiovascolare e trattamento antiipertensivo, considerando che l'ipertensione arteriosa non è l'unico fattore di rischio cardiovascolare. Inoltre, il rapporto prescrizione/paziente può essere utilizzato come indicatore di adesione al trattamento da parte del paziente. È difficile, infatti, pensare che i pazienti, nei quali si osserva nel lungo periodo un regolare accesso all'ambulatorio del loro medico di medicina generale per ricevere una prescrizione che successivamente acquistano in farmacia, non assumano con regolarità il farmaco.

Un altro aspetto di interesse gestionale e clinico è la possibilità di identificare la popolazione incidente (cioè recentemente diagnosticata come ipertesa e che inizia *ex novo* il trattamento farmacologico) e la popolazione prevalente (con diagnosi di ipertensione già confermata e già in trattamento). Le due tipologie di pazienti differiscono in modo significativo sia da un punto di vista della gestione clinica sia da un punto di vista dei costi. I nostri risultati, come evidenziato nello studio Atlas e come, peraltro, già documentato in altre realtà (Bloom B.S., 1998), indicano che una elevata percentuale di pazienti incidenti interrompe il trattamento farmacologico e solo un 30% è ancora in trattamento al termine del periodo di osservazione di un anno, a differenza di quanto succede nei pazienti prevalenti dove circa il 70% della popolazione continua il trattamento. Non è privo di significato

clinico che la mancata continuità terapeutica sia più evidente nel sesso maschile, e proprio in quelle decadi di vita in cui l'asintomaticità dell'ipertensione arteriosa e l'assenza di danno d'organo rendono il paziente meno disponibile al trattamento per l'impossibilità di apprezzare gli eventuali benefici a lungo termine (a fronte di non rilevabili benefici immediati) e/o per la comparsa di effetti indesiderati del farmaco. È evidente, quindi, la necessità di una migliore informazione ai cittadini, sia da parte della ASL sia da parte dei singoli medici curanti, sul modo ed i tempi con cui affrontare il problema ipertensione arteriosa ed il suo trattamento.

Riteniamo che, l'insieme dei nostri risultati, permettendo di identificare la non proprietà di alcune procedure prescrittive al di là del principio attivo prescritto, possa essere utile nel confronto fra ASL e medici prescrittori per cercare di sviluppare programmi comuni per l'ottimizzazione del trattamento dell'ipertensione arteriosa e della allocazione delle risorse necessarie. Negli ultimi anni, si è ricorso all'applicazione di numerosi provvedimenti diretti al contenimento dei costi sanitari: dai ripetuti tagli alla spesa, previsti dalle ultime Finanziarie, all'introduzione di linee guida. La scelta di introdurre linee guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa può essere fondata su valutazioni cliniche, su considerazioni economiche, o su entrambe. Esempi di linee guida basate sia sulla clinica che sui costi sono forniti da quelle recentemente elaborate dalle commissioni del JNC VI e del WHO-ISH (cit.). Nell'attuale realtà sanitaria, dove il contenimento dei costi rappresenta un obiettivo prioritario che dovrebbe essere raggiunto mantenendo, se non addirittura migliorando, l'efficienza dei servizi erogati, l'identificare indicatori di qualità della terapia antiipertensiva validati

dalla medicina basata sulle prove potrebbe contribuire alla realizzazione di una sempre più corretta gestione del trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa. Infatti, sebbene le analisi annuali di bilancio rappresentino un parametro molto usato per effettuare confronti del volume di prescrizioni, delle confezioni, delle DDD (dosi giornaliere definite) e dei costi registrati in diversi periodi, se non sono riportate ai pazienti che hanno realmente usufruito di tutto ciò, rimangono un dato astratto di quanto è accaduto, senza alcuna possibilità di utilizzo per una analisi critica della gestione delle risorse. Inoltre, nell'ottica delle valutazioni di esito e, in senso più ampio, della programmazione economica, risulta non dimostrato l'assioma secondo il quale la terapia meno costosa è sempre la più economica. Il ricorso a farmaci a più alto costo dovrebbe essere valutato non solo per il controllo della malattia nell'immediato, ma anche, e soprattutto, per la prevenzione di complicanze che avrebbero una pesante ricaduta economica oltre che sociale. I nostri dati sono osservazionali e rappresentano quello che accade nel mondo sanitario reale. In quanto tali, possono essere ritenuti complementari o aggiuntivi rispetto alle informazioni ottenute nel corso degli studi clinici, normalmente condotti in condizioni esclusive e più controllate.

In conclusione, i risultati del nostro lavoro mettono in evidenza la possibilità, attraverso l'identificazione di indicatori adeguati, di avere dati utili per il monitoraggio della qualità della prescrizione dei farmaci antiipertensivi nella popolazione di Ravenna. Essendo il trattamento dell'ipertensione arteriosa una terapia di lungo periodo, dove è fondamentale la continuità per ottenere soddisfacenti risultati clinici, la qualità dei risultati sarà migliore quanto più lungo sarà il periodo di os-

servazione. È ovvio che gli indicatori da noi proposti fanno riferimento al trattamento e che trattare non significa curare. L'ulteriore sviluppo del progetto, già in via di realizzazione grazie alla unicità del codice identificativo del paziente, sarà di mettere in relazione nelle diverse popolazioni identificate gli indicatori di trattamento con indicatori di esito presenti nelle banche dati aziendali (accessi al pronto soccorso, ricoveri per morbilità cardiovascolare o altro motivo, decessi per cause cardiovascolari o altro motivo).

#### BIBLIOGRAFIA

- BERNARD D.B., TOWNSEND R.R., SYLVESTRI M.F. (1998), *Health and disease management: what is it and where is it going? What is the role of health and disease management in hypertension?*, Am J Hypertens; 11: 103S-108S.
- BLOOM B.S. (1998), *Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy*, Clin Ther; 20: 1-11.
- JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE (1997), *The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI)*, Arch Intern Med; 157: 2413-2446.
- SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP (1994), *Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)*, Lancet; 344: 1383-1389.
- SHEPHERD J., COBBE S.M., FORD I. ET AL. (1995), *Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia*, N Engl J Med; 333: 1301-1307.
- THE GUIDELINES SUBCOMMITTEE OF THE WHO-ISH (1999), *World Health Organisation - International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension*, J Hypertens; 17: 151-183.

# IL CONTRIBUTO DELL'ANALISI DEI TEMPI DI ATTESA AL MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALI

Antonio Federici<sup>1</sup>, Michele Lojudice<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unità di Valutazione e MCQ del Dipartimento assistenza specialistica - Azienda RM 6

<sup>2</sup> Staff Direzione generale - Azienda RM D

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima: definizione del problema - 3. Parte seconda: il caso - 4. Parte terza discussione - 5. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Il tempo di attesa (T.d.A.) per le prestazioni ambulatoriali è certamente uno degli aspetti della qualità percepita che determina il «gradimento» dell'utente e l'attenzione dei *mass media*, ma, esprimendo il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni, ha implicazioni più vaste e la sua valutazione da un punto di vista gestionale richiede un'analisi approfondita e interventi meditati. D'altra parte, il «problema: tempo di attesa» per una determinata prestazione ha interconnessioni con il «problema: liste di attesa» e spesso questi due aspetti vengono erroneamente confusi.

L'obiettivo di queste pagine consiste nel precisare il significato di «T.d.A.» e nel discutere il contributo dato alla gestione ottimale delle attività ambulatoriali dall'analisi dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, identificando e valorizzando indicatori e misure in un contesto reale.

Per definire tale tipologia di attività possiamo fare nostra la definizione delle attività ambulatoriali fornita dalla Regione Emilia-Romagna: «assistenza specialistica ambulatoriale rivolta a pazienti esterni, erogata presso strutture ospedaliere o territoriali come consulenza specialistica al me-

dico di medicina generale o come diagnosi o trattamento di problemi clinici anche complessi per i quali comunque non è necessario il ricovero ospedaliero sia ordinario che di DH (delibera Regione Emilia-Romagna)».

## 2. Parte prima: definizione del problema

Il «problema» delle liste e dei tempi di attesa è stato già variamente affrontato, a livello internazionale e anche a livello italiano, sia in letteratura che sotto forma di interventi del legislatore [D.L. 24 settembre 1998, n. 124].

A seguito di quest'ultimo decreto-legge le Regioni stanno emanando atti deliberativi che affrontano l'argomento in modo diversificato. La Regione Toscana, ad esempio, rimanda per la gestione delle liste alla legge n. 724 del 1994, art. 3, comma 8, e definisce i valori massimi dei tempi sia di attesa che per la riconsegna del referto (sessanta e dieci, con l'impegno a ridurli in un triennio rispettivamente a 30 e 5). Altre Regioni (Lazio ed Emilia-Romagna cit.) nel quadro di un approccio più complessivo, considerano il tempo di attesa una delle due dimensioni delle liste di attesa (l'altra è la numerosità) e distinguono un tempo di attesa prospettato ed uno effettivo,

come «tempo medio tra la data del primo contatto, cioè della richiesta» e «la data di prenotazione comunicata» il primo e, «di effettiva erogazione della prestazione» il secondo. Queste due Regioni, inoltre, definiscono la stratificazione temporale per l'accesso alle liste di attesa in base alla «gravità delle condizioni cliniche del paziente», che vengono indicate, poi, come «la base di riferimento per la determinazione del tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazione e l'erogazione della prestazione stessa» [Lazio]. Diverso l'approccio della Regione Marche che stabilisce che «la lista di attesa per una determinata prestazione è rappresentata dalla durata del periodo che passa dal giorno indice in cui il cittadino fa la richiesta alla struttura erogante e la data di effettuazione prevista. Il giorno indice è per definizione il primo giorno feriale di ciascun mese. Per ciascuna prestazione quindi la durata della lista di attesa va calcolata in base al tempo di attesa del primo paziente

---

Si ringrazia la dott.ssa Chiara Marinacci per il suo contributo alla definizione delle funzioni dei tempi di attesa e il sig. Giuseppe Siervo per la collaborazione all'elaborazione dei dati.

che richiede quella prestazione nel giorno indice» [Marche].

Al termine di questa breve rassegna appare, quindi, opportuna una precisazione terminologica (v. tabella 1).

La lista di attesa così definita, alla luce degli interventi legislativi prima ricordati, riflette essenzialmente il punto di vista dell'organizzazione e dei suoi rapporti con il pagatore, potendo anche essere considerata come strumento improprio di contenimento e differimento della domanda. Il tempo di attesa ha, invece, una valenza gestionale più ampia, investendo molteplici fattori della qualità e numerosi aspetti del processo di produzione delle prestazioni; infatti, al tempo di attesa possiamo attribuire aspetti di equità trasversale, equità verticale, efficienza, efficacia, appropriatezza.

Di per sé il tempo di attesa (T) esprime, come ricordato, il rapporto tra domanda (D) e offerta (O) di prestazioni e può essere descritto in prima approssimazione come  $T = D / O$ . Tuttavia, sia le domande che l'offerta sono il risultato di un insieme di determinanti, e del loro interagire. Infatti, per ogni singolo cittadino il tempo di attesa ( $t_i$ ) per una determinata prestazione è funzione di molteplici variabili ( $d_1, d_2, d_3 \dots d_n$ ): luogo di domicilio, viabilità, rapporti del paziente o del suo medico di fiducia con l'erogatore, continuità assistenziale ecc. Tali variabili determinano la domanda, ma a loro volta possono variamente interagire con l'offerta e i suoi determinanti ( $o_1, o_2, o_3 \dots o_n$ ): localizzazione e tipologia delle strutture, organizzazione del lavoro, caratteristiche del personale, accoglienza, ecc. Pertanto, il tempo di attesa di una data prestazione può essere considerato la sommatoria dei rapporti domanda/offerta relativa a tutti i singoli individui (tempuscoli individuali di attesa) che hanno fatto richiesta in un certo periodo di tem-

po per un determinata organizzazione (1).

In altre parole, bisogna considerare che il tempo di attesa assume il punto di vista del singolo utente e al tempo stesso della sommatoria degli utenti che afferiscono ad una struttura o a sue articolazioni.

Qualora si assuma il punto di vista che il tempo di attesa per una determinata prestazione è il tempo che intercorre tra la presentazione della richiesta e la data della prima prestazione erogabile dall'Azienda (ove questa abbia più erogatori), il monitoraggio riguarda prestazioni «incondizionate» cioè definite dalla assenza di tutti o quasi i determinanti prima ricordati e può essere espressa dal rapporto  $T = dm / O_s$ . In questo senso, infatti, il tempo di attesa invece di esprimere il rapporto tra una domanda caratterizzata e una offerta altrettanto specifica, deriva da una domanda *media* e una offerta *standard*. Sarà pertanto l'offerta a condizionare la domanda secondo un'ottica «organizzazione-centrica».

La relativa complessità delle tematiche rende evidente l'importanza di idonee rilevazioni dei tempi di attesa come cardine per la programmazione degli interventi. La implementazione del relativo sistema informativo, espressamente richiamata da alcune regioni (Emilia-Romagna), non può prescindere da una corretta definizione del «bisogno conoscitivo» secondo

le considerazioni su esposte (tabella 2).

Alcune caratteristiche del sistema informativo meritano uno specifico commento. La necessità di definire l'oggetto dell'analisi, ovvero della corretta ed esaustiva identificazione dell'insieme delle prestazioni oggetto di analisi e di una loro univoca definizione a livello di azienda, può essere in gran parte risolta attraverso l'adozione del nomenclatore tariffario. Un altro aspetto fondamentale è quello della «integrazione a livello aziendale del flusso informativo» cioè del pieno rispetto del principio della «autonomia aziendale». Infatti, il governo del rapporto tra offerta e domanda è di per sé a dimensione aziendale e la responsabilità del Direttori generali è infatti ribadita dalle deliberazioni regionali (Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio). In particolare il sistema informativo deve:

- rispettare l'articolazione strutturale della azienda
- permettere l'identificazione delle criticità in maniera flessibile a seconda delle esigenze di governo (interne ed esterne)
- essere routinario.

Avere un sistema informativo routinario dei tempi di attesa non necessariamente comporta la creazione di sistemi *ad hoc* ma è possibile già disporre di *database* il cui utilizzo routinario può essere molto ampio.

**Tabella 1 - Definizioni di lista e tempi di attesa per una data prestazione ambulatoriale**

<i>Lista di attesa:</i> elenco che esprime la numerosità della domanda registrata
<i>Tempo di accesso:</i> decorre dalla formulazione della domanda alla registrazione da parte del soggetto erogatore
<i>Tempo di attesa:</i> decorre dalla registrazione della domanda all'esecuzione della prestazione e può essere: prospettato e effettivo
<i>Tempo in attesa:</i> rappresenta gli intervalli temporali tra le varie fasi del processo di erogazione della prestazione
<i>Tempo di risposta:</i> dalla registrazione alla conclusione della prestazione

Tabella 2 - Caratteristiche del sistema informativo sui tempi di attesa

BISOGNO CONOSCITIVO	Analizzando i tempi di attesa, che criticità si possono rilevare nella organizzazione (strutture e processi) utilizzando l'angolo visuale dell'utente?			
INTERLOCUTORE	Direzione Aziendale			
BISOGNO INFORMATIVO	Conoscere la distribuzione spazio-temporale dell'incontro tra domanda e offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali			
INDICATORI	Tempo di attesa		Distribuzione percentile	Confronto tra erogatori
DATI	Giorno prenotazione	Giorno erogazione	Periodo temporale Numerosità per prestazione	Erogatore <sub>n</sub> Erogatore <sub>i</sub>
FONTE	Centro unico prenotazione (CUP) o Sistema informativo specifico			
FUNZIONE DEL SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Di esercizio: funzionale alla gestione delle attività correnti di Miglioramento della qualità</li> <li>● Di governo: funzionale ad alimentare scelte e decisioni di progetto</li> </ul>			
CRITERI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pertinenza: esatta definizione dei tempuscoli di attesa individuali</li> <li>● Validità</li> <li>● Economicità: dati routinari</li> </ul>			

Ad esempio, un sistema operativo in via di sempre maggiore diffusione è quello del CUP (Centro unico di prenotazioni) utilizzato sia ai fini della trasparenza e della facilitazione dell'accesso ai centri erogatori di prestazioni ambulatoriali, sia, a volte, come «anagrafe» delle prestazioni stesse. Il sistema operativo del CUP può rispondere al bisogno conoscitivo schematizzato nella tabella precedente (v. tabella 2) purché sia valorizzato a tali fini.

### 3. Parte seconda: il caso

In questa seconda parte ci si propone di dare concretezza alle riflessioni prima evidenziate calandole in un contesto concreto, non sperimentale, oggetto di un intervento specifico, pratico e «quotidiano». Si tratta di una Azienda USL a localizzazione urbana con circa 500.000 residenti caratterizzata da una molteplicità di erogatori di diversa tipologia (erogatori ospedalieri, di struttura complessa, di struttura semplice). Nella analisi che si riporterà non sono comprese le prestazioni erogate dalle strutture accreditate.

Nel presente caso, così come nella maggior parte delle aziende, il CUP prevede postazioni molteplici di accesso informatizzato alle prestazioni erogabili dalla Azienda. La prestazione viene prenotata sulla base di un richiesta medica e, in generale, il paziente può scegliere l'erogatore e anche una data di esecuzione diversa dalla prima disponibile. La procedura di prenotazione prevede una procedura di «forzatura» sia rispetto alla data di erogazione sia rispetto alla numerosità delle prestazioni erogate. I dati, registrati in un *record* per ogni prestazione, sono archiviati in un *minicomputer* centralizzato per l'Azienda e comprendono:

- dati anagrafici del paziente;
- codifica secondo tariffario regionale della prestazione;
- descrizione della branca specialistica di afferenza della prestazione;
- data di effettuazione della prenotazione;
- data di effettuazione programmata della prestazione;
- codifica aziendale della struttura di erogazione e dell'erogatore;

— effettuazione di prenotazione «in forzatura».

Da questi dati si possono pertanto derivare i seguenti indicatori:

— numerosità delle prestazioni prenotate stratificate per struttura ed erogatore;

— tempo di attesa come differenza tra data di effettuazione della prenotazione e data programmata di erogazione della prestazione;

— effettuazione di «prenotazione in forzatura» diversificata rispetto alla data di erogazione: contemporanea, posticipata, anticipata (cioè programmata per una data successiva).

Per poter elaborare i dati è stato scelto di importare i dati in un programma di analisi (Microsoft ACCESS®) piuttosto che «compilare» un programma specifico, automatico, di analisi del *database* di origine. Benché ogni «importazione» di dati esponga a perdita di *records* (che peraltro può essere quantificata) e ciò implichi l'acquisizione di un certo grado di competenza informatica, questa scelta è preferibile in quanto più flessibile rispetto alla congruità

nella identificazione dei dati da analizzare.

Prima di procedere all'analisi dei tempi di attesa si deve tenere conto della possibile eterogeneità dei tempuscoli di attesa in quanto condizionati da scelte soggettive del cittadino che, ad esempio, può posticipare la data per un qualsiasi impegno o richiedere con molto anticipo un controllo. Un'altra causa di eterogeneità può essere rappresentata da una gestione impropria del *follow-up*. Per la possibile presenza di questi casi risulta pertanto pertinente l'analisi della distribuzione percentile e l'individuazione di un percentile *cut-off* per la definizione delle criticità; tale percentile può essere più o meno alto a seconda del grado di sensibilità che si vuole dare al sistema, a seconda che esistano regolamentazioni regionali e in dipendenza degli obiettivi aziendali. La soglia di *cut-off* può essere determinata in modo empirico attraverso l'analisi delle richieste rivolte al CUP rispetto alle motivazioni di accesso.

Nel contesto aziendale qui presentato, vengono riportati sia i valori della mediana, che fornisce una indicazione di prima approssimazione del fenomeno, sia l'80° percentile che è proposto come soglia di *cut-off*.

Lo schema generale dell'analisi dei tempi di attesa proposto e attuato nel contesto prima ricordato è riportato in tabella 3.

### 3.1. Esempio 1. Dimensione dei tempi di attesa

In primo luogo, la dimensione dei tempi di attesa può essere esaminata nel suo andamento percentile e nella dimensione assoluta del percentile identificato come *cut-off*. Nel grafico 1 è riportato l'andamento percentile di una prestazione strumentale.

L'andamento generale è suggestivo di una serie di considerazioni: in pri-

mo luogo si può osservare che il valore dell'80° percentile del tempo di attesa è di 99 giorni mentre il tempo massimo è di quasi 4 mesi; in secondo luogo, risulta evidente che se applicassimo il tetto massimo di attesa di 30 giorni, come stabilito dalla deliberazione della Regione Toscana n. 00851 ben il 70 per cento delle prestazioni sarebbe stato prenotato oltre tale limite. Lo sforzo organizzativo di un dirigente che dovesse ottemperare a quanto indicato appare quindi evidente e diventa anche facilmente quantificabile il miglioramento ottenuto a seguito di specifici interventi.

È possibile calcolare in base alla numerosità delle prestazioni eccedenti il tempo di attesa stabilito l'incremen-

to dell'offerta che deve essere ottenuto.

Nella tabella 4 sono esposti i dettagli relativi ad alcuni esempi di distribuzione dei tempi di attesa di alcune prestazioni su cui formulare un giudizio preliminare di adeguatezza/inadeguatezza delle *performance* dell'ASL.

Nei casi 1, 2 e 5 la media dei tempi di attesa è maggiore della mediana evidenziando un problema di distorsione dell'andamento dovuto verosimilmente a poche prestazioni molto spostate nel tempo: in questi casi 80° percentile si discosta molto dal tempo massimo (nel caso della visita broncopneumologica si tratta di una singola visita a 99 giorni). I giorni di attesa espressi come media sono in tutti i casi

Tabella 3 - Schema di analisi dei dati

Prima fase	Seconda fase	Terza fase
Identificazione delle prestazioni da analizzare	Analisi dei dati	Indagine di approfondimento (inizio ciclo PDCA *)
Identificazione e adozione dei criteri di selezione di prestazioni: 1. di particolare interesse o rilevanza 2. con i tempi di attesa maggiori 3. di particolare rilevanza gestionale	1. Descrizione dei dati 2. Raffronto tra diversi erogatori 3. Confronto con i carichi di lavoro per erogatore	Identificazione dei criteri: 1. definizione di tempi massimi accettabili di attesa 2. indagine presso le strutture sul superamento dei tempi massimi accettabili

\* Acronimo di uno dei modelli di ciclo di miglioramento.

Grafico 1 - Andamento percentile dei tempi di attesa per fluorangiografia per l'intera ASL

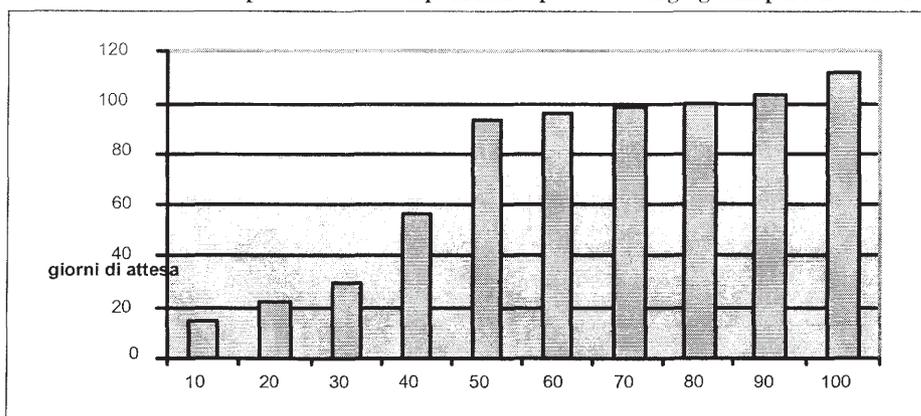


Tabella 4 - Numerosità e giorni di attesa per varie prestazioni (definiti come media, mediana, 80° e 100° percentile)

Prestazione	Numerosità	Media (dev. stand.)		Mediana (giorni)	80° percentile (giorni)	100° percentile (giorni)
1. MOC <i>total body</i> .....	15	16.1	(9.3)	14	20	37
2. Visita broncopneumologica .....	62	15.3	(16.9)	12	20	99
3. MOC tallone (ultrasuoni) .....	122	13.4	(9.7)	18	24	35
4. Fluoroangiografia.....	371	67.2	(37.9)	93	99	112
5. Visita cardiologica con ECG.....	1672	6.0	(4.4)	5	8	35

riportati inferiori di oltre il 25% a quelli dell'80° percentile con una immagine eccessivamente rosea della situazione. Se consideriamo la fluorangiografia, l'affermazione che in media si attende due mesi non coincide con quanto sperimenta la maggior parte delle persone (si veda il valore della mediana) che prenoterà l'esame con un'attesa di più di tre mesi.

### 3.2. Esempio 2. Procedure di prenotazione

Il sistema CUP prevede, di per sé, la «messa in rete» di prestazioni prenotabili ed eventualmente una procedura di «forzatura»; tale procedura può esercitarsi per completare o regolarizzare l'anagrafe delle prestazioni (forzature a tempi di attesa < 0), per registrare prestazioni eseguite «in giornata» (a tempi di attesa = 0) o per prenotare in deroga al calendario di disponibilità (con tempi di attesa > 0). L'analisi qui proposta a titolo esemplificativo (vedi tabella 5) ha evidenziato che la procedura di «forzatura» riguarda spesso percentuali elevate di immissione di prestazioni nel CUP. Benché non tutti i CUP siano omogenei al riguardo, l'analisi di questo aspetto può essere generalizzata nel suo significato di evidenziare procedure «non standard» di prenotazione.

Un'ulteriore considerazione riguarda l'inclusione delle forzature «a tempo di attesa zero» cioè contemporanee alla erogazione. Tali forzature possono riguardare prestazioni erogate per

indifferibile necessità del paziente, per disponibilità di prestazioni non già prenotate, per altri vari motivi inerenti il rapporto particolare tra paziente e erogatore o le procedure «non standard» dell'erogatore. L'inclusione in fase di analisi delle prestazioni in forzatura, mentre è abbastanza lineare e condivisibile (ci si augura nella maggioranza dei casi) per quanto attiene i temi della accessibilità, pone dei problemi riguardo alla definizione dei tempi di attesa. Di per sé, devono concorrere alla definizione dei tempi di attesa tutte le prestazioni che implicano un'attesa per il paziente. Nella tabella 5 sono riportati alcuni rilievi relativi al numero di forzature, al valore della media dei tempi di attesa (calcolati secondo la definizione proposta) includendo o no le prestazioni in forzatura (con tempo di attesa uguale a zero).

Appare evidente come il fenomeno delle forzature influenzi i valori della media dei tempi di attesa, in generale producendone, ove non opportunamente evidenziato, una apparente riduzione; viene ulteriormente confermato il fatto che le procedure di «forzatura», di prevalente significato organizzativo, non eliminano il disagio ma semplicemente lo spostano su soggetti non beneficiari di tale procedura.

### 3.3. Esempio 3. Difformità di performance tra operatori

Il confronto della distribuzione percentile dei tempi di attesa tra erogatori diversi e con la ASL nel complesso permette di individuare possibili criticità nella *performance* (rapporto tra T. di A. e numero di prestazioni) e nella distribuzione delle risorse. A titolo

Tabella 5 - Descrizione dei tempi di attesa per alcune prestazioni in rapporto alla inclusione o esclusione della forzatura (F)

Descrizione	N. prestazioni	N. forzature	Tempi > 0 senza F	Tempi > 0 (comprese F)	Tutte le prestazioni con T > -1
Pn001.....	253	128	13.64	13.15	6.02
Ec217.....	122	13	14.28	14.31	12.08
Oc019.....	371	338	16.37	67.02	29.13
Ec218.....	28	0	14.22	14.22	14.22
Ec215.....	128	19	13.95	13.71	11.03
Ca002.....	1672	285	6.23	6.12	5.18
Lb001.....	16028	1804	2.52	2.63	1.62
Oc001.....	2062	670	8.67	9.13	7.64
Ga001.....	268	37	7.40	7.35	5.71
Ga010.....	152	37	12.37	12.17	9.04
Gi001.....	811	151	11.14	10.77	9.13

esemplificativo, nella tabella 6 viene proposta l'analisi della fluoroangiografia.

L'andamento complessivo critico (80° percentile di ASL = 99 giorni) già visto nel grafico 1, è, di fatto, sostenuto soprattutto dai centri che erogano più prestazioni (Amb. 2 : 272 prestazioni) mentre un andamento in assoluto ragionevole si rileva per il l'Amb. 1 (80° percentile = 20.2) che però eroga meno prestazioni (17). Inferenze sulla efficienza delle due strutture possono essere fatte solo dopo aver stratificato tutti i fattori di produzione (n. fluorangiografi, ore oculista etc). Fatte salve queste considerazioni, un andamento di questo genere suggerisce la necessità di procedere ad una analisi di riallocazione delle risorse.

#### 3.4. Esempio 4. Dimensione e articolazione dell'offerta

Un successivo ordine di valutazioni riguarda il numero assoluto delle prestazioni, il loro frazionamento tra erogatori e il fatto che agli erogatori siano attribuibili tipi diversi di prestazioni. In tal senso l'esempio della visita broncopneumologica evidenzia T. di A. non adeguati ma anche una possibile criticità «di branca» con un limitato numero di prestazioni sia complessivo che dei singoli (tabella 7).

#### 3.5. Esempio 5. Rapporto con i carichi di lavoro

Una successiva analisi potrebbe riguardare il rapporto tra tempi di attesa e produttività espressa come n. prestazioni/ora. Una delle soluzioni spesso ipotizzate (e auspiccate) prevede una riduzione dei tempi di attesa attraverso l'aumento della produttività. Nel grafico 2, a titolo esemplificativo sono stati considerati i dati dei due ambulatori A (colonna a sinistra) e B (colonna a destra).

#### 4. Parte terza: discussione

A partire da dati routinari, con l'utilizzo di *software* di larga diffusione, l'analisi proposta permette di evidenziare diversi tipi di criticità con una capacità di discriminazione anche verso realtà operative di piccole dimen-

sioni (p.e. un singolo ambulatorio monospecialistico). Anche rispetto a queste realtà, il livello «di integrazione» aziendale abbisogna di capacità di descrizione informativa, di analisi delle dimensioni coinvolte, di monitoraggio degli effetti degli interventi migliorativi programmati.

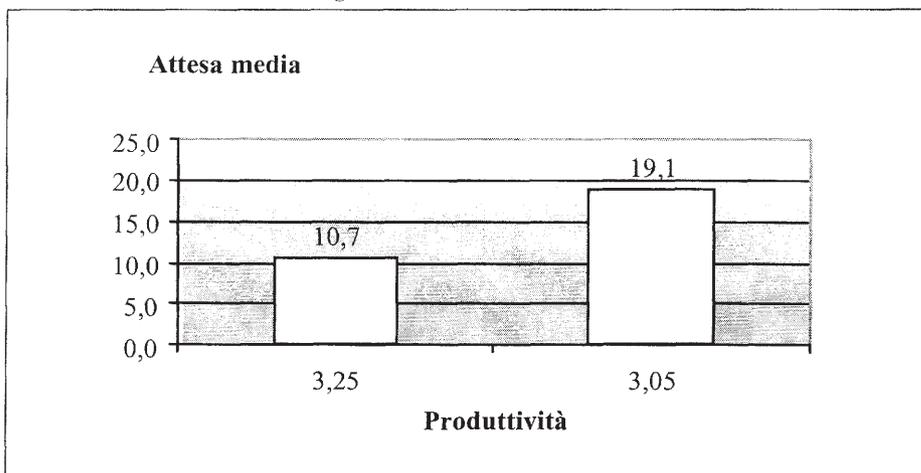
**Tabella 6 - Quadro riassuntivo delle prenotazioni e dei tempi di attesa di una prestazione strumentale registrate sul CUP per ASL e per struttura**

Numero di prenotazioni	ASL 371	Amb. 1 17	Amb. 2 272	Amb. 3 82
T.d.A. 10° percentile.....	15	13	21	17
T.d.A. 20° percentile.....	22	13	26	25
T.d.A. 30° percentile.....	29	14	40	28
T.d.A. 40° percentile.....	57	15	90	40
T.d.A. 50° percentile.....	93	16	95	93
T.d.A. 60° percentile.....	96	17	97	96
T.d.A. 70° percentile.....	98	19	99	98
T.d.A. 80° percentile.....	99	20	100	99
T.d.A. 90° percentile.....	103	21	103	101
T.d.A. 100° percentile.....	112	21	110	112
T.d.A. media .....	93	15	95	93
T.d.A. dev. stand .....	37,9	3,5	36,5	38,3

**Tabella 7 - Dimensione e articolazione dell'offerta: visita broncopneumologica**

Numero erogatori di branca.....	6
Numero erogatori di visite.....	4
80° percentile tempo di attesa per le visite .....	20.6
Totale prestazioni di branca.....	161
Totale visite.....	62 (38 prenotate)
Numero medio prestazioni per operatore .....	27

**Grafico 2 - Rapporto tra tempi di attesa medi (giorni) e produttività (n. prestazioni/ora): confronto tra due erogatori di visita oculistica**



Nella tabella 8 sono stati sintetizzati alcuni dei risultati emersi negli esempi prima riportati: nella prima colonna sono riportati alcuni degli eventi identificabili attraverso una analisi dei tempi di attesa di una ASL; nella colonna successiva si propone una lettura dei risultati di tale analisi nel contesto organizzativo aziendale evidenziando quale dimensione della gestione risulta interessata e la tipologia degli eventuali interventi correttivi (2).

Il metodo proposto prevede come punto di innesco del processo di miglioramento la «diagnosi» di criticità per poi definire le priorità di intervento. I criteri di definizione di queste priorità possono nascere da esigenze molteplici e da vari angoli visuali. Il punto di vista del cittadino, è di fondamentale importanza sia in quanto soggetto del SSN per le dimensioni dei bisogni e delle attese, sia in quanto paziente per la dimensione della qualità percepita. Le indagini sulla qualità percepita sono spesso metodologicamente complesse e costose e risentono di un rapporto inverso fra generalizzabilità e informatività. L'analisi di dati routinari come quelli CUP sono dettagliate e riflettono al tempo stesso l'insieme dei fenomeni inerenti il rapporto tra domanda e offerta. Tale analisi permette, quindi, di acquisire in sede di flusso informativo la prospettiva

del punto di vista dell'utente. Infatti, l'analisi, e il conseguente monitoraggio, dei tempi di attesa può essere impostata almeno su due livelli:

1) quanto tempo deve attendere un utente per avere la prima prestazione prenotabile? Questo approccio rende una informazione generale sulla *performance* complessiva della ASL. Tale informazione è di facile e tempestiva acquisizione ma non tiene in conto che la domanda di prestazioni molto spesso non è «incondizionata» ma è influenzata da una serie di determinanti: ad esempio dal domicilio, dal tipo di struttura, dalla interazione tra medici prescrittori, erogatori e pazienti nonché dalle procedure, dal tipo e strutturazione della offerta. In questo senso tale approccio è squisitamente organizzativo-centrico;

2) che criticità si possono rilevare nella organizzazione (strutture e processi) utilizzando l'angolo visuale dei tempi di attesa (cioè il punto di vista dell'utente)? In questo senso si traspare sul piano dell'analisi dei dati la logica della qualità percepita, intesa come «testimone» delle criticità organizzative.

Il metodo proposto utilizza i tempi di attesa per fare emergere le criticità dal punto di vista del cittadino e non in modo autoreferenziale dall'azienda. Le criticità individuate come emer-

genti e prioritarie possono poi essere affrontate costituendo gruppi di MCQ con i responsabili di struttura e con gli operatori coinvolti nella erogazione. In questo modo l'analisi della organizzazione e delle procedure tecnico-professionali è svolta in modo collaborativo e «tra pari» su un mandato anche se inesperto, del committente/cittadino.

L'analisi di dati routinari in una prospettiva di Qualità dell'assistenza ha anche un'altra implicazione: quella di incominciare ad incorporare nel processo di produzione dei servizi sanitari e in particolare nelle attività di informazione e controllo propria dei flussi informativi, elementi strutturali e strutturati per il controllo e la promozione della qualità dell'assistenza.

## 5. Conclusioni

I tempi di attesa rivestono una particolare importanza sotto molteplici aspetti. Innanzitutto essi costituiscono uno dei determinati fondamentali della qualità percepita e quindi hanno un grande rilievo dal punto di vista soggettivo dell'utente. Costituiscono altresì uno dei principali determinanti nella tempestività del procedimento diagnostico e in questo senso hanno un grande rilievo dal punto di vista anche oggettivo. In ragione della loro

Tabella 8 - Diagnosi di criticità: «coppie» evento-dimensione di interesse e possibili interventi

Evento identificativo	Dimensioni di interesse	Tipologia di intervento
Eccesso di forzature	Accessibilità; trasparenza Equità	Revisione procedure
Scarso numero di prestazioni	Efficienza Bisogno di salute Rapporto offerta domanda	Riallocazione delle risorse Verifica del «mercato»
Elevati tempi di attesa con poche prestazioni	Produttività Procedure tecnico-professionali	Verifica dei carichi di lavoro Verifica e codifica procedure
Elevati tempi di attesa con molte prestazioni	Uso delle risorse Caratteristiche della domanda	Razionalizzazione offerta Razionalizzazione domanda

importanza costituiscono uno degli aspetti contrattuali principali recepiti nelle Carte dei servizi che le varie Aziende sono tenute a redigere e sono oggetto di specifiche disposizioni legislative.

In questo ambito, l'analisi dei tempi di attesa è stata spesso alla base di campagne di stampa anche violente nate dalla esigenza di fornire prestazioni tempestive e con modalità di accesso trasparenti ma purtroppo spesso basate su analisi discutibili dal punto di vista metodologico.

È d'altra parte fondamentale che l'analisi organizzativa delle strutture sanitarie sia orientata secondo lo zenit di chi utilizza la struttura o non di chi la dirige o vi lavora.

Il metodo di analisi proposto può fornire elementi utili a definire le priorità delle criticità da affrontare nei processi di assistenza e ad orientare l'analisi organizzativa tenendo in conto il punto di vista dell'utente; questo è fondato non solo sul fatto che il tempo di attesa di una prestazione è di fondamentale importanza oggettiva e soggettiva per gli utenti ma anche sul fatto che esso è determinato dal comportamento della domanda e dall'interagire di questa con la struttura (offerta e organizzazione).

#### PUNTI DI RILIEVO

Il tempo di attesa in quanto determinato dal rapporto tra domanda e offerta di prestazioni è di per sé multidimensionale.

L'analisi dei tempi di attesa, correttamente intesa, assume il punto di vista dell'utente nella diagnosi delle criticità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali a tale scopo.

L'analisi dei tempi di attesa può essere svolta su dati routinari, al livello di integrazione aziendale: per tale motivo risulta più congrua l'analisi della distribuzione percentile piuttosto che della media.

(1) Questo concetto può essere espresso in modo più compiuto con la seguente funzione: sia  $T$  il tempo di attesa per una data pre-stazione,  $t_i$  il tempuscolo individuale di attesa,  $g$  la funzione che descrive il rapporto a livello di un singolo individuo tra i determinanti della domanda ( $d_1, d_2 \dots d_n$ ) e i determinanti l'offerta ( $o_1, o_2 \dots o_n$ ),  $d$  la funzione che descrive il rapporto tra i vari determinanti l'offerta ( $o$ ) e ogni singolo, individuale determinante la domanda ( $d$ ):

$$T = \sum_{i=1}^n t_i = \sum_{i=1}^n g_i \left\{ \frac{d1}{\partial i1 (o_1, o_2, \dots o_n)}, \frac{d2}{\partial i2 (o_1, o_2, \dots o_n)}, \frac{dk}{\partial ik (o_1, o_2, \dots o_n)} \right\}$$

(2) A tali coppie dimensione-evento possono essere associati interventi correttivi; tuttavia, più opportunamente esse possono costituire il «mandato» per la formazione di gruppi di Miglioramento continuo della qualità (MCQ) con gli operatori interessati per un approfondimento delle cause delle criticità rilevate.

#### BIBLIOGRAFIA

- DELIBERA REGIONE EMILIA-ROMAGNA N. 1296 DEL 27 LUGLIO 1998: «Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art. 3, D.L.vo n. 124/98».
- DELIBERA REGIONE TOSCANA N. 851 DEL 27 LUGLIO 1998: «Criteri per la determinazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni».
- DELIBERA REGIONE LAZIO N. 5836 DEL 3 NOVEMBRE 1998: «Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica. Individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa. Adeguamento del sistema informativo per l'assistenza specialistica (SIAS)».
- DELIBERA REGIONE MARCHE N. 1855 DEL 27 LUGLIO 1998: «Decreto legislativo n. 124/98. Atto di coordinamento nei confronti delle aziende USL e ospedaliere per la determinazione dei tempi massimi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di *day hospital* diagnostico».

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>



# CAMBIAMENTO STRATEGICO NELLE ORGANIZZAZIONI OSPEDALIERE. IL RUOLO DEI WAYS-OF-THINKING DEGLI ATTORI

Tomas Ericson, Leif Melin

*Jönköping International Business School*

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodo - 3. Quadro di riferimento: una prospettiva socio-cognitiva - 4. Il caso. La creazione di un ospedale dipartimentalizzato - 5. Analisi e conclusioni.

## 1. Introduzione

Molte organizzazioni ospedaliere svedesi stanno affrontando un intenso processo di trasformazione che le spinge in direzione della decentralizzazione e dell'integrazione clinica. La concezione tradizionale della divisione specialistica è cambiata drasticamente da quando un'ondata di «divisionalizzazione» ha investito parecchi grandi ospedali negli anni '90. L'idea di fondo sottostante tale cambiamento è che la responsabilità e l'autorità, anche per decisioni strategiche, dovesse essere parzialmente decentralizzate dai livelli più alti del *management* dell'ospedale a favore di un nuovo livello gerarchico, il dipartimento. L'obiettivo fondamentale di questi cambiamenti era quello di creare un'organizzazione che fosse più orientata ai pazienti, il cui modello di funzionamento fosse cioè basato più sulle esigenze del paziente che su quelle della specializzazione professionale. Per realizzare questo cambiamento, le divisioni specialistiche dovevano integrarsi in unità organizzative più ampie, vale a dire, i dipartimenti.

Trasformazioni profonde di organizzazioni come gli ospedali, comportano la ridefinizione di convinzioni e opinioni, sia collettive che individuali.

Molti dei principi dominanti sono messi in discussione. Ciò è particolarmente evidente negli ospedali, perché l'assetto tradizionale delle strutture ospedaliere è fortemente influenzato dalle articolazioni presenti nella professione medica. Forze rilevanti all'interno dell'organizzazione si possono opporre ai cambiamenti gestionali ed organizzativi. Perciò, è interessante analizzare quei processi di cambiamento organizzativo nelle strutture ospedaliere in cui i «Ways-of-Thinking» (WoT) dei diversi attori sono soggetti a una intensa esigenza di riformulazione.

Lo scopo di questo saggio è duplice. Il primo, più generale, è quello di presentare un approccio di analisi di tipo socio-cognitivo che può essere utilizzato per analizzare processi di cambiamento strategico nelle strutture sanitarie. Un concetto centrale di tale approccio è il WoT degli attori coinvolti. Infatti, concentrandoci sui WoT degli attori, noi sosteniamo che si potrà aumentare la comprensione dei processi di cambiamento organizzativo. Il secondo scopo, più specifico, è di analizzare un determinato processo di cambiamento, realizzatosi in una grande struttura ospedaliera. In questo processo di cambiamento i membri dell'organizzazione, caratterizzati da

molteplici WoT, sono obbligati a superare le barriere organizzative e professionali per potere riuscire, collettivamente, a mettere in atto una trasformazione radicale.

## 2. Metodo

Questa ricerca è di carattere qualitativo e si basa su un approccio socio-costruttivista, secondo il quale il mondo sociale viene costruito collettivamente tramite individui che contribuiscono attivamente a tale creazione. Allo stesso tempo, il mondo sociale influenza il pensiero e le azioni degli individui (Berger & Luckman, 1967). Noi sosteniamo che è possibile approfondire le conoscenze sul cambiamento strategico esaminando il processo attraverso cui gli individui creano significato e danno senso alla loro esperienza organizzativa. Con questo approccio l'esito della ricerca in termini di interpretazioni dipende molto dall'abilità del ricercatore di approfondire la conoscenza della realtà sotto osservazione e derivare conoscenze teoriche attraverso uno stretto raccordo tra i due momenti (materiale empirico e teoria). Perciò, abbiamo svolto il lavoro sul campo e l'approfondimento teorico attraverso un processo di interazione continua.

L'utilizzo di quest'approccio c'imponeva di rimanere neutrali nell'affrontare il caso studiato mentre svilupavamo un primo quadro di conoscenze di natura teorica sui processi strategici nelle organizzazioni professionali. Il tentativo di rimanere neutrali durante la raccolta dei dati è la ragione fondamentale della scelta di utilizzare le interviste e l'osservazione diretta come principali fonti nel lavoro sul campo. Ad esempio, tramite interviste aperte abbiamo permesso che le persone intervistate potessero, in larga misura, decidere ciò di cui parlare, pur rimanendo entro i limiti degli argomenti da noi prestabiliti. Questa strategia permetteva di lasciare che il «caso ci parlasse» piuttosto che il contrario. Sempre per mantenere la neutralità sono state utilizzate interviste semistrutturate disegnate in maniera tale da mantenere essenzialmente aperte le risposte e al contempo guidare il contenuto dell'intervista stessa verso alcune aree di interesse.

Lo studio qui riportato fa parte di un lavoro più ampio nel quale una grande struttura ospedaliera universitaria è stata osservata per un periodo relativamente lungo (analisi longitudinale). La raccolta dei dati è cominciata nel 1990 ed è continuata fino a 1996. Ciò significa che abbiamo potuto seguire il processo dal momento in cui il direttore generale dell'ospedale ha dato l'avvio al cambiamento e ha cercato di influenzare il «sensemaking» dei componenti dell'alta direzione, sino alla fine della fase d'implementazione, durante la quale le idee della direzione dell'ospedale circa il cambiamento si sono dovute confrontare con il «sensemaking» del *management* intermedio (le divisioni ospedaliere). Di conseguenza, all'inizio del nostro lavoro sul campo ci siamo concentrati sulla formulazione della strategia di cambiamento del *top management* dell'ospedale. Quando poi cambia-

menti hanno cominciato a trovare concreta attuazione abbiamo spostato il fuoco della ricerca sul livello delle divisioni, ed è proprio questa fase del processo di cambiamento che costituisce l'oggetto di questo saggio.

Come già segnalato, nel corso dell'analisi empirica abbiamo utilizzato sia l'osservazione diretta che interviste in profondità. Abbiamo partecipato a più di trenta riunioni a diversi livelli gerarchici dell'ospedale, e siamo riusciti ad intervistare tutte le persone significative per il nostro studio (circa 40 interviste). Fra gli altri, abbiamo intervistato *managers*, medici a vari livelli di responsabilità e altri attori esterni coinvolti nel processo di cambiamento. È importante sottolineare che abbiamo avuto l'opportunità di ascoltare persone che rappresentavano prospettive differenti all'interno dell'organizzazione, e anche di partecipare a riunioni nelle quali gli stessi punti di vista si confrontavano. Come terza fonte empirica, abbiamo analizzato documenti quali i rapporti annuali, i piani strategici e i dibattiti apparsi nei media. Dal momento che le nostre interpretazioni del caso si fondano su un'ampia raccolta d'informazioni, provenienti da diverse fonti empiriche, riteniamo che le interpretazioni qui esposte siano affidabili, nel senso che è stato possibile effettuare dei controlli incrociati tra opinioni e informazioni di differente provenienza.

### 3. Quadro di riferimento: una prospettiva socio-cognitiva

Quando un'organizzazione affronta un radicale processo di trasformazione, vengono messi in discussione significati e convinzioni sia individuali sia collettive. Diverse convinzioni dominanti/prevalenti subiscono un rivolgimento radicale. Perciò, è interessante studiare i meccanismi di

*sensemaking* in un processo di cambiamento strategico nel quale vengono modificati i WoT degli individui all'interno dell'organizzazione (Gioia *et al.*, 1989). Noi intendiamo le organizzazioni costituite da sistemi di significato e processi sociali di *sensemaking*, in cui significati vengono attribuiti a cose ed eventi. Capire un'organizzazione significa comprendere il modo in cui il significato viene costruito e «decostruito» (Weick, 1995; Gray *et al.*, 1985). È altresì necessario comprendere i sistemi di significato dei singoli membri dell'organizzazione e i processi attraverso cui tali sistemi di significato cambiano, com'è altrettanto necessario comprendere i processi per mezzo dei quali tali significati possono arrivare a coincidere e a produrre azioni congiunte.

Seguendo quest'idea, elaboreremo una prospettiva socio-cognitiva al fine di analizzare il processo di cambiamento in una grande struttura ospedaliera. L'attuazione di nuove idee strategiche all'interno dell'organizzazione, come l'implementazione di una nuova struttura dipartimentale, potrebbe però anche essere studiata con altre prospettive teoriche. Ad esempio, si potrebbe considerare il processo di cambiamento come un processo di legittimazione attraverso il quale una nuova identità organizzativa viene creata. La libertà d'azione di una nuova entità strutturale (come una divisione) sarebbe, vista in questa prospettiva come fortemente condizionata dal grado di legittimazione che gli attori le assegnano (Ashworth & Gibbs, 1990). Un'analisi politica potrebbe essere un'altra prospettiva utile. Ciò nonostante in questo saggio noi utilizzeremo principalmente la prospettiva socio-cognitiva, ritenendo che questa sia estremamente rilevante per la tipologia di contesti empirici ai quali ci rivolgiamo.

### 3.1. Il concetto di «Way-of-Thinking»

Nell'ambito emergente dell'approccio cognitivo al campo manageriale e organizzativo, molti nuovi concetti hanno permesso di favorire la comprensione dei fenomeni organizzativi. Per esempio, la prospettiva socio-cognitiva è stata estensivamente elaborata (Smircich, 1983; Sims & Gioia, 1986) ed applicata al campo del management strategico, dove storicamente è stata trascurata (Schwenk, 1988; Stubbart, 1989). Di recente questa prospettiva ha ricevuto un rilevante impulso dalle ricerche sui cambiamenti strategici (e.g. Gioia & Chittipeddi, 1991; Gioia *et al.*, 1994; Ericsson, 1998).

Un concetto fondamentale all'interno di questa prospettiva è quello di schema cognitivo, che si potrebbe descrivere come una mappa mentale, oppure come una struttura di pensiero, che aiuta l'individuo nel processo di dare senso al mondo attorno a sé (*sensemaking*). Lo schema cognitivo fornisce significato e coerenza gli individui, facilita l'interpretazione in diverse situazioni, e guida le azioni individuali (Gioia & Mantz, 1985). Lo schema cognitivo è costituito da un insieme di regole che consentono di processare le informazioni, guidano l'attenzione e la memoria dell'individuo attraverso la costruzione di una griglia coerente e permettono di riempire i «buchi vuoti» dove l'informazione è mancante (Gioia & Poole, 1984). Gli schemi cognitivi sono costruiti attraverso le precedenti esperienze della persona, quindi le strutture cognitive di un individuo vengono fortemente influenzate da esperienze e processi d'apprendimento nel tempo. Tramite il *sensemaking* l'individuo sviluppa «raccolte d'interpretazioni» (Melin, 1991), particolari ad ogni persona. Da questo segue che non è facile produrre dall'esterno cambiamenti intenzionali negli schemi cognitivi delle persone,

soprattutto non in tempi brevi (Lord & Foti, 1986).

Se vogliamo capire le organizzazioni e i loro processi di cambiamento, il modo in cui pensano le persone non è d'interesse in sé, ciò che invece interessa è la relazione fra il pensiero e l'azione (Gioia & Mantz, 1985). In un tentativo di collegare il pensiero e l'azione, Hellegren e Melin (1993) hanno introdotto il concetto, adatto per l'analisi delle organizzazioni, di «Way-of-Thinking». Per prima cosa il WoT si relaziona più chiaramente con l'azione di altri concetti puramente cognitivi e poi la sua definizione è più ampia del concetto dello schema cognitivo. Il WoT di un individuo consiste in tutti gli schemi cognitivi che ha quell'individuo riguardo a un certo «campo di stimoli». Ad esempio, il WoT strategico di un *manager* rappresenta l'intero repertorio mentale di quell'individuo per qualsiasi questione strategica.

### 3.2. Il WoT collettivo

Non possiamo, però, considerare soltanto l'individuo quando l'obiettivo è di capire un intero gruppo, come un'organizzazione che consiste in più persone mutuamente dipendenti fra di loro. L'analisi del WoT di ogni individuo, purtroppo, non è sufficiente per capire le azioni dell'organizzazione, in questo caso la dimensione collettiva diventa altrettanto importante.

Il ragionamento è che, se i comportamenti sono da considerare come organizzati, ci deve essere qualche tipo di coordinazione, o «sovrapposizione», fra i WoT di più individui (Smircich, 1983). Un certo WoT collettivo è spesso il risultato di interazione fra individui (Langfield-Smith, 1992), oppure, secondo Gray *et al.* (1985), i significati condivisi cominciano a coincidere quando, nel corso di interazione sociale regolare, i membri cominciano

a favorire una certa interpretazione soggettiva piuttosto che un'altra.

I WoT condivisi, però, non devono essere necessariamente limitati a un gruppo o un'organizzazione. Certi valori e convinzioni possono essere condivisi da più individui che appartengono a diverse organizzazioni ma alla stessa professione, o da individui che appartengono a più organizzazioni che operano nello stesso settore (Porac *et al.*, 1985; Hellegren & Melin, 1992).

Alcuni individui possono condividere significati all'interno di un'organizzazione mentre allo stesso tempo ci può essere eterogeneità fra i WoT dei singoli attori. Quindi, un'organizzazione può sviluppare un WoT eterogeneo, come può sviluppare un WoT collettivo nel quale i significati sono grosso modo condivisi. Seguendo questi ragionamenti sosteniamo che più identità, culture, e sfere cognitive possono coesistere simultaneamente all'interno di gruppi, organizzazioni e settori (e.g. Alvesson, 1993).

Molti studiosi si sono posti il problema se si possano spingere i membri di un'organizzazione a condividere significati e a sviluppare WoT collettivo. Il concetto di «*management del significato*» è stato utilizzato per esprimere questo particolare tema manageriale (Smircich & Morgan, 1982). Allo scopo di separare questo processo di influenza da quello di *sensemaking*, è stato introdotto il concetto di «*sensegiving*» (Gioia & Chittipeddi, 1991). Mentre il *sensemaking* può essere definito come la costruzione e ricostruzione di un sistema di significati da parte degli attori nel loro tentativo di costruzione di un schema utilizzabile per la comprensione della realtà, il *sensegiving* è il processo attraverso il quale i *manager* cercano di influenzare il *sensemaking* e la costruzione della realtà degli altri. Ad esempio, una «visione» (in senso ma-

nageriale) potrebbe funzionare sia come una forza unificante che come strumento di *sensegiving* (Westley & Mintzberg, 1989).

### 3.3. Una prospettiva teorica

Adesso che il concetto del WoT, sia a livello collettivo che a livello personale, è stato introdotto, il nostro scopo sarà di utilizzarlo per interpretare e capire il cambiamento organizzativo nella struttura ospedaliera studiata. Il nostro interesse è di analizzare la relazione fra i processi cognitivi, di individui e di gruppi, e ciò che succede realmente all'interno delle organizzazioni. Come conseguenza, la prospettiva socio-cognitiva ci aiuta a capire non solo i processi cognitivi, ma anche le azioni di individui e organizzazioni, in altre parole, qui, il concetto di WoT servirà collegare i pensieri e le azioni.

Usando come *focus* il WoT, si potrà capire come i singoli attori creano significato e cercano di capire la loro vita all'interno dell'organizzazione. Inoltre, potrà essere possibile comprendere come un WoT condiviso, o collettivo, si sviluppa dentro di un'organizzazione. In più, tramite questa prospettiva teorica, si può arrivare a capire come un WoT collettivo agisce sui WoT dei singoli membri all'interno dell'organizzazione. Come conseguenza, per capire il cambiamento organizzativo — in questo caso in un grande ospedale universitario — la nostra ricerca si concentrerà sulla relazione fra il WoT individuale e il WOT collettivo, condiviso da più persone. L'enfasi sarà sull'interazione fra sfere cognitive a diversi livelli di aggregazione.

Seguirà la parte empirica di questo saggio. Nelle sezioni finali, si esaminerà la complessità di dei diversi WoT che coesistono realmente nelle organizzazioni ospedaliere.

## 4. Il caso. La creazione di un ospedale dipartimentalizzato

Nella seguente sezione verrà presentato il processo di cambiamento organizzativo di un grande ospedale universitario in Svezia. Il caso illustra come le nuove idee introdotte nell'organizzazione dai membri del *top management* dell'ospedale vengono recepite dai vari membri dell'organizzazione e filtrate attraverso i loro WoT. Il nostro *focus* sui WoT individuali e collettivi mostra chiaramente come il WoT del personale sanitario sia distinto da quello amministrativo riguardo alla gestione e all'organizzazione coordinamento della struttura dell'ospedale (1).

### 4.1. La creazione di una struttura dipartimentalizzata

Negli ultimi dieci anni, molti ospedali svedesi stanno subendo cambiamenti fondamentali. Una delle questioni preminenti e di maggior interesse in questo settore è l'introduzione di nuove strutture organizzative. Il concetto tradizionale della divisione specialistica ha ricevuto un significato diverso da quando una ondata di divisionalizzazione ha travolto diversi grandi ospedali.

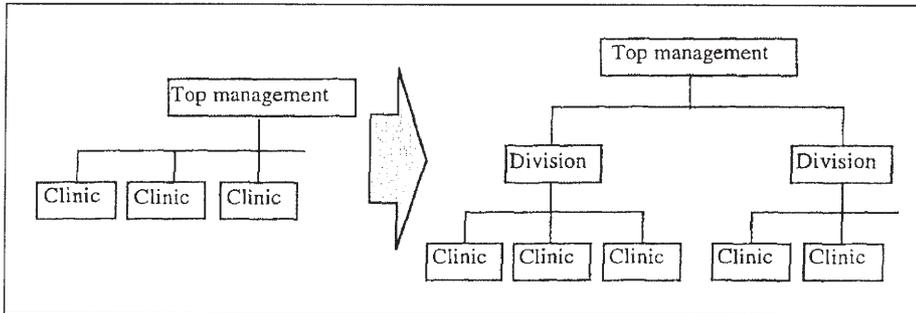
Un'idea generale dietro questo cambiamento è che la responsabilità e l'autorità per prendere certe decisioni strategiche dovessero essere decentralizzate dai ranghi più alti del *management* dell'ospedale ad un nuovo livello gerarchico: il dipartimento. Alla direzione di questo nuovo livello dovevano essere assegnati molti poteri su tutte le attività del dipartimento stesso e quindi capacità decisionali che andavano da problemi medici a quelli amministrativi, da questioni strategiche a quelle operative. Di fatto al *management* di questo livello è stato assegnato un ruolo preminente e centrale nello sviluppo dell'intero ospedale.

Nel luglio 1992 nell'ospedale universitario oggetto del nostro studio fu deciso di passare a una struttura di tipo dipartimentale. In effetti, tra gli ospedali universitari è stato proprio questo che in un certo senso ha guidato l'intero movimento di dipartimentalizzazione. Il direttore ha preso la decisione di mettere in atto la nuova struttura dopo numerose riunioni e colloqui con diversi operatori e gruppi di operatori. Non meno importante, il *manager* dell'ospedale ha fatto il possibile per coinvolgere il settore medico prima di prendere la decisione di mettere in pratica le nuove idee.

Prima del cambiamento quest'ospedale era costituito da circa 50 divisioni specialistiche relativamente autonome, che rispondevano direttamente al direttore dell'ospedale. Ogni divisione era diretta da un primario, responsabile sia per le questioni mediche che amministrative della divisione. Tutti i primari erano medici con una forte legittimitazione professionale. La forte posizione del personale medico è probabilmente una delle caratteristiche più tipiche di un ospedale universitario, che viene quindi ad essere un caso esemplare di organizzazione professionale (Mintzberg, 1979). In simili organizzazioni i professionisti hanno un notevole potere e le loro opinioni e punti di vista non possono assolutamente essere sottovalutati, non essendo l'organizzazione in grado di esercitare su di essi alcun potere gerarchico (figura 1).

Alla guida di ogni dipartimento è stato posto un direttore, scelto tra i medici dell'ospedale. In più, ad ogni dipartimento sono state assegnate risorse amministrative per la gestione delle risorse umane e per il controllo di gestione. L'obiettivo era di creare una struttura amministrativa che fosse uguale per tutti i dipartimenti. Contemporaneamente, sono stati creati comitati di direzione per ogni diparti-

Figura 1 - Rappresentazione schematica dell'organigramma prima e dopo la ristrutturazione



mento costituiti da rappresentanti di ogni divisione (primari), responsabili delle funzioni amministrative, *staff* e direttore del dipartimento. Il comitato di direzione doveva riunirsi due volte al mese. È stato anche istituito il consiglio di dipartimento con il compito principale di supportare il direttore di dipartimento nella definizione e attuazione della strategia, riunendosi approssimativamente quattro volte all'anno.

È importante sottolineare che in questa fase del processo di cambiamento la nuova struttura è stata solo formalizzata. L'idea era che le nuove direzioni (i direttori di dipartimento e i loro comitati di direzione) dovessero avere una ampia autonomia sulle decisioni sanitarie e amministrative sia strategiche che operative e che quindi fosse loro responsabilità elaborare in termini più specifici la realizzazione delle nuove strutture organizzative.

#### 4.2. Perché creare un nuovo livello organizzativo

La decisione di creare una nuova struttura si basava su diversi specifici obiettivi. Intervistando il direttore dell'ospedale al momento in cui la nuova struttura si stava realizzando emergevano tre obiettivi che avrebbero poi assunto rilevanza diversa nelle varie fasi del processo del cambiamento.

Innanzitutto, tramite la nuova struttura l'organizzazione avrebbe dovuto

essere maggiormente orientata ai pazienti. Questo era l'obiettivo fondamentale nella prima fase del processo di cambiamento. Questo accresciuto orientamento al paziente doveva realizzarsi tramite la costituzione dei dipartimenti: raggruppando divisioni in relazione fra di loro, si sperava che i pazienti rimassero più al centro del processo assistenziale. Quindi i dipartimenti furono pensati in funzione del paziente e dei suoi problemi: piuttosto che far spostare i pazienti fra le diverse divisioni specialistiche, le nuove strutture si organizzavano attorno al paziente e al suo problema da curare. Divisioni interessate agli stessi organi o gruppi di organi furono integrate fra loro e inserite nello stesso dipartimento. Ad esempio, si creò un'unità toracica dove si trovavano sia chirurghi specializzati che cardiologi. L'idea era di creare una struttura che fosse centrata sul paziente e sul suo problema da curare. Oltre alle esigenze del paziente, alla base della struttura dipartimentale c'era anche una esigenza di tipo professionale e in particolare la possibilità che l'aumento dell'integrazione professionale stimolasse un processo di crescita professionale (*cross fertilization*), cioè lo sviluppo di nuove competenze e metodiche nate dall'incontro fra le diverse competenze specialistiche.

Se originariamente l'impulso più forte proveniva dall'obiettivo di mettere il paziente in primo piano, il se-

condo obiettivo principale divenne sempre più importante man mano che passava il tempo. All'inizio degli anni novanta il settore pubblico svedese, e quindi anche il settore sanitario, dovette subire una decisa stretta finanziaria. Il *management* dell'ospedale riteneva che la nuova struttura avrebbe consentito di realizzare alcuni vantaggi dal punto di vista della spesa, soprattutto per mezzo di economie di scala (integrazione di funzioni, utilizzo più razionale del personale, etc.). Era evidente che la «vecchia» struttura, basata sulle divisioni, non era in grado di affrontare i tagli necessari, soprattutto se la qualità delle prestazioni offerte doveva rimanere inalterata. A quel punto era evidente che bisognava trovare una logica radicalmente nuova di organizzazione.

Infine, il terzo obiettivo che spingeva in direzione del cambiamento era quello di diminuire l'ampiezza del controllo (*span of control*) della direzione generale. Circa 50 divisioni che dipendevano direttamente dalla direzione generale erano sicuramente troppe per potere esercitare efficacemente una funzione di guida complessiva. Dopo la ristrutturazione, lo spazio di controllo era ridotto a soltanto quindici unità, ossia i nuovi quindici dipartimenti.

#### 4.2. L'opinione del personale sanitario sul processo di cambiamento

Il personale sanitario ha espresso pareri variegati sul riassetto organizzativo dell'ospedale. Diversi operatori esprimevano forti dubbi all'idea di essere incorporati in una nuova unità organizzativa dove «non si sarebbero più sentiti a casa». Questa perplessità nei confronti dell'idea di una struttura dipartimentalizzata sembrava essere principalmente fondata sulla convinzione che la nuova struttura non avrebbe incrementato i rapporti pro-

fessionali tra le diverse divisioni. Un autorevole rappresentante della componente medica sosteneva che i cambiamenti portati dalla nuova struttura organizzativa avrebbero interferito e imposto differenti modalità di trattamento.

L'idea della professione medica era che una maggiore cooperazione fra le diverse specialità sarebbe stata il risultato naturale dello sviluppo scientifico e della applicazione di nuovi protocolli assistenziali. Come argomentava uno dei medici, non si poteva aumentare la cooperazione fra le diverse unità organizzative attraverso un cambiamento radicale della struttura organizzativa voluto da un «branco di amministrativi».

Altre reazioni contro il cambiamento erano di carattere più generale. Attaccavano l'idea stessa che promuoveva lo sviluppo della nuova struttura. Anche se l'idea, a volte, veniva in realtà considerata interessante e attraente, diversi attori «sanitari» avevano difficoltà a capire quali problemi potessero essere risolti dall'adozione di una nuova struttura. Ripetutamente si sentiva affermare che la nuova struttura organizzativa rispondeva soltanto ad esigenze di carattere amministrativo.

Ciò che io credevo, e si potrebbe dire che si è poi verificato, era che, creando un nuovo livello organizzativo fra il *top management* e i responsabili delle divisioni, si rischiava solo di aumentare lo *staff* amministrativo.

un primario

Non mi sono opposto perché avevo difficoltà a capire i punti positivi del progetto. Ciò che capivo bene era che era impossibile andare avanti con così tante unità organizzative che dipendevano direttamente dal *top management*.

un primario

Certamente la componente medica era d'accordo sul fatto che una struttura organizzativa con un'ampiezza di

controllo così estesa doveva essere estremamente difficile da gestire. Il fatto che circa cinquanta unità operative dipendevano direttamente da una unica direzione doveva ovviamente creare difficoltà nel coordinamento e nell'amministrazione dell'ospedale. Infatti, i medici capivano e condividevano l'idea di una revisione, e forse di qualche eventuale cambiamento, della struttura organizzativa. Quando la direzione dell'ospedale introdusse la nuova struttura però le difficoltà di gestire l'assetto precedente non furono presentate come la ragione principale del cambiamento. Invece, se ne prospettarono le finalità essenzialmente assistenziali (il paziente al centro), ma ciò era quello che i sanitari facevano più fatica a vedere come risultato del processo di ristrutturazione.

In più, i medici sostenevano che la nuova struttura non aiutava minimamente a raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa che l'ospedale si era prefisso, e se questi dovevano essere davvero raggiunti la struttura più adatta era quella tradizionale delle divisioni specialistiche. Diversi membri dell'organizzazione non riuscivano a capire come l'ospedale avrebbe potuto realizzare un aumento nell'efficienza tramite una maggiore integrazione delle divisioni nei dipartimenti. Secondo il parere dei medici, la nuova struttura non avrebbe assolutamente migliorato le *performance* finanziarie.

Tutti i direttori dei nuovi dipartimenti venivano dall'ospedale stesso. Inizialmente, il loro ruolo era principalmente di rendere valori e idee del personale sanitario maggiormente coerenti con quelli del *management* e della struttura amministrativa e di supporto. Diversi direttori dei nuovi dipartimenti avevano un atteggiamento positivo e fiducioso riguardo la possibilità di creare una visione e un ap-

proccio condivisi all'interno dell'ospedale.

Fin dall'inizio, la mia visione della nuova organizzazione era la cooperazione intorno al paziente. Una ulteriore opportunità, di cui sono in prospettiva convinto è che quando diverse competenze si incontrano allora è possibile creare e sviluppare nuove competenze.

direttore di un dipartimento

Molti attori all'interno dell'organizzazione ritenevano che una maggiore coesione, soprattutto tra medici e amministrativi sarebbe stata una condizione indispensabile affinché la visione del cambiamento della direzione dell'ospedale potesse ottenere un qualche risultato.

#### 4.3. La struttura basata sulle divisioni: «una vacca sacra»

L'ambizione di migliorare le condizioni di partenza al fine di raggiungere una migliore cooperazione ed efficacia non erano in sé viste come qualcosa di negativo dalla professione medica. La questione centrale per i medici era però quella se, e in quale modo, i cambiamenti avrebbero avuto impatto sulla struttura fino allora dominante delle divisioni. Per il comparto medico, demolire questa struttura tradizionale era impensabile (2).

Non si possono avere troppe attività e troppo differenziate tra di loro. Questa è una difesa della struttura basata sulle divisioni e dei confini che queste stabiliscono tra competenze e tipologie di attività differenziate. Tutto ciò non viene né deve essere cancellato dalla creazione di un dipartimento.

primario di una divisione

In tale prospettiva l'esistenza e la legittimazione delle divisioni si basava sulla necessità e importanza delle competenze specialistiche; in altre parole il settore medico era a favore dell'organizzazione basata sulle divisioni perché era del parere che tramite que-

sto tipo di struttura si favoriva il progresso nelle attività di diagnosi e cura e nella scienza medica in generale. E' necessario quindi sottolineare ancora una volta come gli obiettivi sanitari di rimettere il paziente al centro dei processi fossero lontani dalla visione dei medici.

La domanda più importante, riguardo l'eventuale possibilità delle nuove strutture dipartimentali di legittimarsi nella futura organizzazione, sembrava essere se, e come, tale struttura potesse svilupparsi senza compromettere l'esistenza e il funzionamento delle divisioni. Per la componente sanitaria era importante lasciare che le divisioni rimanessero autonome all'interno della nuova struttura dipartimentale.

Riguardo questo tema, l'opinione dei direttori di dipartimento era molto diversa da quella dei primari. Un direttore di dipartimento ha affermato che nel lungo periodo non avrebbero più dovuto esserci divisioni, ma solo differenti aree o sfere di attività, e che il *focus* non avrebbe dovuto essere sulla futura struttura organizzativa in sé, ma piuttosto sul contenuto e il flusso delle attività all'interno dell'organizzazione.

I dubbi sulla riorganizzazione dell'ospedale nascevano quindi dalla futura eliminazione delle divisioni. C'era un atteggiamento positivo riguardo un eventuale aumento di integrazione fra le diverse unità ma, secondo molti medici, sarebbe stato meglio se l'integrazione si fosse sviluppata dalla tradizionale prospettiva medica, lasciando intatta la struttura delle divisioni la cui sparizione costituiva una eventuale inaccettabilità.

L'esistenza, all'interno di un'organizzazione, di una situazione come quella descritta ha, naturalmente, avuto un impatto sul processo di cambiamento. Ad esempio, in uno dei nuovi dipartimenti nessuna azione fu intrapresa. Con l'andare del

tempo, la situazione economica di questo dipartimento divenne sempre più difficile, esponendo il direttore di dipartimento a pressioni crescenti da parte della direzione. Fra altri, intervenne il direttore dell'ospedale, chiedendo che il dipartimento mostrasse risultati consistenti. Per accelerare il processo di cambiamento, furono ingaggiati consulenti esterni; ma anche il loro intervento risultò inutile. Siccome la direzione del dipartimento non riusciva a fare alcun progresso, il direttore dell'ospedale intervenne di nuovo, facendo notare che si doveva assolutamente procedere con i cambiamenti, superando ogni possibile resistenza. Dopo quest'ultima sollecitazione, il dipartimento iniziò a dare segni di cambiamento; comunque, il grado di legittimazione della struttura di direzione del dipartimento risultò notevolmente appannato a favore di un insieme di attori che informalmente riuscirono a esercitare un ruolo effettivo di direzione del dipartimento stesso.

## 5. Analisi e conclusioni

Ci si aspettava che la nuova struttura organizzativa nell'ospedale di questo studio producesse un modo di lavorare e di approcciare i problemi maggiormente integrato, con una maggiore sensibilità dei sanitari verso tematiche ed esigenze di natura gestionale ed organizzativa. Ma queste ultime non erano del tutto coerenti e così facilmente incorporabili nel WoT dei medici. Accettare un cambiamento organizzativo che non parte da esigenze strettamente sanitarie e/o professionali è molto difficile per professionisti, i quali vorrebbero che i processi di cambiamento trovassero la loro origine prioritariamente, se non esclusivamente, nelle esigenze di assistenza e cura dei pazienti (Glouberman & Mintzberg, 1992).

### 5.1. La necessità di un Way-of-Thinking convergente

La nostra conclusione è che in generale esistono due WoT fondamentalmente diversi all'interno delle organizzazioni ospedaliere, il che comporta differenti prospettive sulla gestione di un cambiamento strutturale. Entrambe le prospettive, quella amministrativo/gestionale e quella sanitario/professionale, tendono a selezionare i problemi rilevanti e a costruire soluzioni a partire dallo specifico ruolo assunto dalle due componenti nei processi di funzionamento più complessivo dell'organizzazione. Entrambe si basano su WoT coerenti al loro interno e abbastanza precisi nell'individuare un modello di funzionamento di un grande ospedale. Ma fra i due approcci esistono differenze rilevanti.

Per riuscire ad attuare con successo una modificazione radicale della struttura organizzativa è necessario riuscire a costruire un WoT condiviso che contenga i principi fondamentali assunti come base del processo di cambiamento. Per riuscire a raggiungere un grado di condivisione sufficiente gli individui all'interno dell'organizzazione devono essere flessibili ed aperti ad altre idee. Ciò significa che sanitari ed amministrativi debbono riuscire a pervenire ad una migliore comprensione reciproca. Il *management* dell'ospedale deve capire realmente come funziona un'organizzazione professionale (Mintzberg, 1979). Cercare di imporre dall'alto le logiche e le esigenze gestionali in un ospedale può portare ad un *impasse*, nel quale il dialogo di fondamentale importanza, fra le diverse categorie di personale, che rappresentano prospettive e WoT diversi, non potrà mai avere luogo.

Qui si può osservare un problema fondamentale nell'attuazione del cambiamento organizzativo all'inter-

no di un ospedale. Si scontrano due diversi WoT, che rappresentano entrambi conoscenze e competenze necessarie per portare a buon fine il processo di cambiamento. Contemporaneamente si sa, da ricerche svolte in precedenza, che è difficile cambiare il WoT di un attore in tempi brevi. Per attuare un processo di cambiamento all'interno di un'organizzazione professionale, bisogna creare un genuino processo di comunicazione, nel quale la comprensione di prospettive diverse è facilitata da un atteggiamento tollerante e disponibile. Bisogna integrare nuovi valori e concetti di tipo manageriale con la visione dell'ospedale come organizzazione professionale. Attori che rappresentano diverse categorie di personale, con diversi WoT, devono cercare di unire alcuni dei loro valori e significati per creare un grado più alto di coerenza nel loro modo di vedere e interpretare l'organizzazione.

Di conseguenza, un atteggiamento aperto del settore medico verso le esigenze gestionali e la capacità degli amministrativi di comprendere il significato di valori professionali, sono necessari per generare il «giusto» ambiente per il cambiamento. Il processo potrebbe fallire se diventasse una lotta aperta fra attori che rappresentano prospettive divaricate. Bisognerebbe invece vedere il processo come una mutua negoziazione, dove le diverse prospettive sono necessarie per portare a termine il percorso di cambiamento all'interno dell'ospedale. Va notato, però, che qualsiasi cambiamento radicale, effettuato in un'organizzazione che soffre di problemi economici, diventa necessariamente fonte di conflitto e quasi sicuramente metterà in difficoltà più attori individuali. Comunque, un dialogo fra i due WoT dovrebbe portare a una migliore soluzione.

### 5.2. Tensione fra i WoT individuali e collettivi

La discussione fino ad ora si basa sulla ipotesi che ci siano due WoT omogenei e fondamentalmente diversi fra di loro che si confrontano all'interno dell'ospedale. Questa ipotesi è chiaramente una semplificazione, come già almeno parzialmente illustrato nel corso della descrizione del caso. La struttura socio-cognitiva delle organizzazioni ospedaliere è, chiaramente, molto più complessa. In quest'ultima sezione elaboreremo un'immagine più ricca e realistica dell'organizzazione.

All'interno dei due WoT ideali — medico e amministrativo — si trovano tutti i WoT individuali, che sono più o meno diversi fra di loro, essendo il risultato degli stati e delle storie individuali (età, educazione, esperienze, personalità e così via). Ad esempio, un chirurgo uomo e uno donna probabilmente hanno due WoT almeno parzialmente diversi.

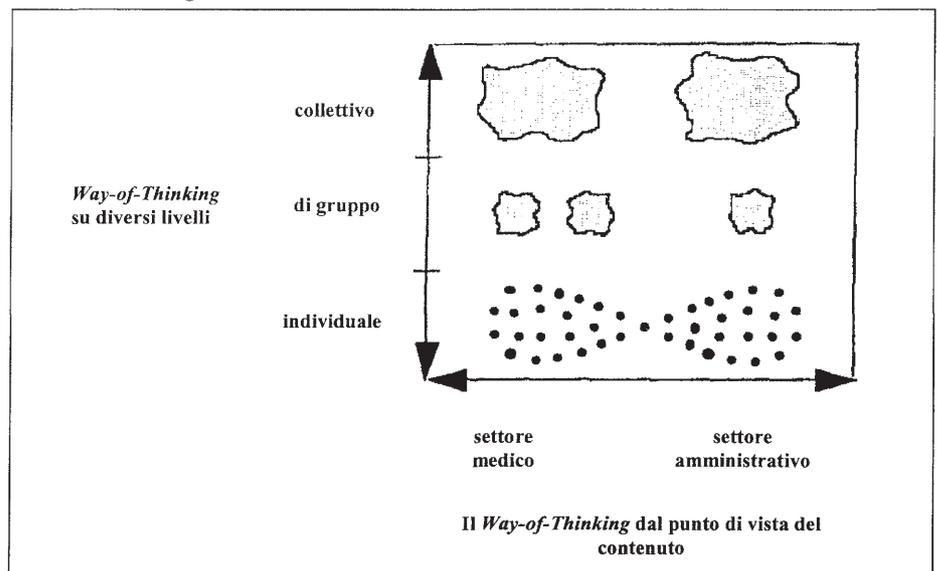
I WoT analizzati qui — medico e amministrativo — possono essere considerati essenzialmente come il

comune denominatore dei WoT individuali. Sono WoT parzialmente mutilati, che includono solo alcune dimensioni dei WoT più complessivi di ogni attore individuale (v. figura 2).

Nelle zone di confine fra i WoT collettivi e quelli individuali esistono WoT di gruppo. In questo caso, si possono identificare WoT di gruppo per medici provenienti da particolari aree di competenza, per differenti gruppi di infermieri, per gruppi di amministrativi, e così via. Poi, ci sono WoT che si posizionano fra la sfera medica e quella amministrativa. Ad esempio, i direttori di dipartimento rappresentano un WoT «integrato», cioè un WoT che comprende valori e convinzioni sia medici che amministrativi.

Un aspetto molto importante che emerge da questo studio è che i processi di cambiamento nelle organizzazioni ospedaliere sono molto più complessi di quanto mostrato dalla precedente semplificazione tra la professione medica e quella amministrativa. L'esito del processo di cambiamento è influenzato da diversi individui (soprattutto gli attori-chiave) e gruppi tutti con WoT più o meno divergenti, e

Figura 2 - Le attività all'interno dell'ospedale si basano su un miscuglio di diversi *ways-of-thinking*



questo rende il processo di cambiamento molto più difficile da guidare in una direzione specifica.

Futura ricerca dovrebbe identificare diversi WoT più in dettaglio (sia individuali che collettivi), e il loro significato e ruolo nel processo di cambiamento. Sarà particolarmente interessante studiare l'emergere di WoT ibridi, medici e amministrativi, un fenomeno che già sembra essere in atto fra i direttori di dipartimento nell'ospedale studiato.

(1) Prima di passare alla sezione empirica è necessario un chiarimento circa la terminologia utilizzata per indicare le diverse categorie di personale ospedaliero. In questo saggio il personale sanitario connota tutti gli individui che all'interno dell'ospedale hanno avuto una formazione di tipo medico o sanitario in genere (chirurghi, medici, infermieri, etc.). Gli altri attori (dirigenti e personale amministrativo) sono indicati come il settore amministrativo. Tramite questa classificazione un po' approssimativa si creano due tipologie ideali di attori, ognuno con il proprio WoT collettivo.

(2) Qui è importante distinguere tra finalità perseguite tramite i processi di cambiamento e modalità concrete di attuazione di tali finalità. Come le finalità e gli obiettivi dichiarati hanno prodotto alcune reazioni, anche la concreta attuazione ha generato diversi commenti critici. Sono proprio questi ultimi che vengono qui presentati

#### BIBLIOGRAFIA

- ALVESSON M. (1993), *Cultural Perspectives on Organizations*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ASHFORTH B.E., GIBBS B.W. (1990), *The double-edge of organizational legitimation*, *Organization Science*, Vol. 1, pp. 177-194.
- BERGER P.L., LUCKMAN T. (1967), *The Social Construction of Reality*, Anchor Books Edition.
- ERICSON T. (1998), *Förändringsidéer och meningsskapande. En studie av strategiskt förändringsarbete*, *Linköping Studies in Management and Economics, Dissertations*, No. 37, Linköping University.
- GIOIA D.A., CHITTIPEDDI K. (1991), *Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change*, *Strategic Management Journal*, Vol. 12, pp. 433-448.
- GIOIA D.A., THOMAS J.B., CLARK S.M., CHITTIPEDDI K. (1994), *Symbolism a Strategic Change in Academia: The Dynamics of Sensemaking and Influence*, *Organization Science*, Vol. 5, No. 3, pp. 363-383.
- GIOIA D.A., DONNELSON SIMS H.P. (1989), *Communication and Cognition in Appraisal: A Tail of Two Paradigms*, *Organization studies*, Vol. 10, No. 4, pp. 503-530.
- GIOIA D.A., MANTZ C. (1985), *Linking Cognition and Behaviour: A Script Processing Interpretation and Vicarious Learning*, *Academy of Management Review*, Vol. 10, No. 3, pp. 527-539.
- GIOIA D.A., POOLE P.P. (1984), *Scripts in Organizational Behaviour*, *Academy of Management Review*, Vol. 9, No. 3, pp. 449-459.
- GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (1992), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part 1: Four Worlds*, McGill University, Working Paper No. 92-11-17.
- GRAY B., BOUGON M.G., DONELLON A. (1985), *Organizations as Constructions and Destructions of Meaning*, *Journal of Management*, Vol. 11, No. 2, pp. 83-98.
- HELLGREN B., MELIN L. (1992), *Business System Industrial Wisdom and Corporate Strategies*, in Whitley R. (eds.), *European Business Systems: Firms and Markets in their National Contexts*, Sage Publications, pp. 180-197.
- HELLGREN B., MELIN L. (1993), *The Role of Strategists' Way-of-Thinking in Strategic Change Processes*, in Johnson, G., Hendry, L., Newton, I. (eds.), *Strategic Thinking: Leadership and the Management of Change*, pp. 251-271, Chichester: John Wiley & Sons.
- LANGFIELD-SMITH K. (1992), *Exploring the Need for a Shared Cognitive Map*, *Journal of Management Studies*, Vol. 29, No. 3, pp. 349-368.
- LORD R.G., FOTI R.J. (1986), *Schema Theories, Information Processing and Organizational Behaviour*, in Sims, H.P., Jr., Gioia, D.A. (eds.), *The Thinking Organization*, Jossey-Bass, San Francisco.
- MELIN L. (1991), *Ledares tänkesätt*, i Arvidsson G., & Lind, R. (red.), *Ledning av företag och förvaltningar - Förutsättningar, former, förnyelse*, SNS, Stockholm.
- MINTZBERG H. (1979), *Structuring of Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- PORAC J.F., THOMAS H., BADEN-FULLER C. (1989), *Competitive Groups as Cognitive Communities: The case of Scottish Knitwear Manufacturers*, *Journal of Management Studies*, Vol. 26, No. 4, pp. 297-416.
- SCHWENK C.R. (1988), *The Cognitive Perspective on Strategic Decision Making*, *Journal of Management Studies*, Vol. 25, No. 1, pp. 41-55.
- SIMS H.P. JR., GIOIA D.A. (1986), *The Thinking Organization. Dynamics of Organizational Social Cognition*, Jossey-Bass, San Francisco.
- SMIREICH L. (1983), *Organizations as Shared Meanings*, in Pondy, L.R., Frost P.J., Morgan, G., Dandridge, T.C., (eds.), *Organizational Symbolism*, JAI Press Inc, Greenwich, Connecticut.
- SMIREICH L., MORGAN G. (1982), *Leadership: The Management of Meaning*, *The Journal of Applied Behavioural Science*, Vol. 18, No. 3, pp. 257-273.
- STUBBART C.I. (1989), *Managerial Cognition: A Missing Link in Strategic Management Research*, *Journal of Management Studies*, Vol. 26, No. 4, pp. 325 e segg.
- WEICK K.E., (1995), *Sense making in Organizations*, Sage, London.
- WESTLEY F., MINTZBERG H. (1989), *Visionary Leadership and Strategic Management*, *Strategic Management Journal*, Vol. 10, pp. 17-32.

## 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 piè 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<sup>a</sup>



## RECENSIONI

### **La medicina basata sull'evidenza. Come praticare ed insegnare la EBM**

D.L. Sackett,  
W. Scott Richardson,  
W. Rosenberg,  
R. Brian Haynes

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998

Ed. italiana a cura  
di G. de Girolamo,  
R. D'Alessandro,  
G. Azzimondi, A. Raffi

### **L'assistenza sanitaria basata sulle prove. Come organizzare le politiche sanitarie**

J.A. Muir Gray

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1999

Ed. italiana a cura  
di A. Liberati, R. Grilli

(a cura  
di Caterina Cavallo)

I testi in oggetto si inseriscono, sebbene l'uno con un taglio molto diverso dall'altro, nell'attuale e vivace dibattito sul tema dell'*Evidence-Based Medicine* (EBM): il sistematico approccio all'aggiornamento clinico in grado di favorire processi decisionali basati sulle migliori evidenze disponibili.

Il concetto (tutt'altro che nuovo) sottostante entrambe le trattazioni è l'esigenza di basare le decisioni (scelte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali) sulle evidenze, scientificamente controllate, di efficacia clinica correlate alle singole alternative considerate, in modo da garantire al paziente la risposta della massima efficacia tra quelle testate. I due testi si inseriscono, pertanto, all'interno di una copiosa produzione letteraria già disponibile sull'argomento senza peraltro introdurre elementi concettuali innovativi né riflessioni di particolare originalità.

Mentre il testo di Sackett *et al.* si propone come un manuale per imparare a condurre e sistematizzare una ricerca bibliografica specifica di fronte ad ogni problema decisionale, il testo di Muir Gray è ben più ambizioso: l'apprendimento dell'EBM per medici, *manager* e *policy-maker* per disegnare ed implementare politiche sanitarie finalmente efficaci.

Si potrebbe sostenere che mentre il primo testo auspica e guida l'utilizzo dell'approccio in medicina (come soluzione al «progressivo declino della competenza dei clinici dopo aver completato la formazione ufficiale» cit. Sackett *et al.*), il secondo testo ne auspica l'utilizzo nel campo dell'assistenza sanitaria ravvisando nell'adozione dell'approccio da parte di tutti gli attori coinvolti nella gestione della medesima, la ricetta per superare i limiti e le inefficienze delle formule attualmente adottate dai diversi sistemi Paese («assistenza basata su prove di efficacia + qualità del *management* = massimo beneficio al minor rischio e con minori costi economici» cit. Muir Gray).

Per il medico che volesse avvicinarsi all'EBM, il testo di Sackett *et al.* costituisce una guida dei diversi passaggi da compiere: dalla strutturazione dei quesiti rilevanti di fronte ad un problema di salute del paziente, alla ricerca sistematica, valutazione critica ed implementazione degli studi esistenti sui singoli temi. Il neofita di certo apprezzerà il capitolo riservato alle modalità di conduzione della ricerca: banche dati esistenti, loro organizzazione, scelta delle parole chiave ed utilizzo di *software* per selezionare gli studi rilevanti, costituiscono informazioni utili a chi si accinga per la prima volta a condurre con buon esito una ricerca sistematica.

Una parte sulle fonti disponibili è presente anche nel testo di Muir Gray: il taglio è forse meno didattico, ma la trattazione più completa e più numerose le fonti considerate.

Entrambi i testi contengono una descrizione di base delle principali tipologie di studi clinici e relative caratteristiche (presenti peraltro in qualunque buon testo di epidemiologia) ed una sintesi dei concetti di base di statistica sanitaria utili alla valutazione degli studi (anche questi già largamente trattati in letteratura).

Il testo di Muir Gray include, inoltre, la trattazione di concetti di (i) valutazione economica di programmi sanitari (analisi costi-efficacia), (ii) *customer satisfaction* (qualità percepita, soddisfazione del paziente), (iii) economia (costi marginali, costi-opportunità), (iiii) politiche sanitarie ed organizzazione dei servizi sanitari; trattazione condotta con superficialità (talvolta con le sole definizioni del concetto di riferimento), senza alcun elemento di originalità nella trattazione e ritrovabili nei già esistenti testi sacri delle rispettive discipline. Un assemblaggio di informazioni estrapolate dai rispettivi contesti che in nessun modo contribuiscono ad illuminare il lettore su come sia possibile, data la complessità del contesto di partenza, riformare con l'EBM l'assistenza sanitaria di un generico Paese (si pensi alla desolante produzione italiana di dati relativi all'efficacia di modalità assistenziali alternative/ambiti di cura alternativi).

Il testo di Sackett *et al.* soddisfa, nell'insieme, le aspettative del pubblico a cui si rivolge, attraverso una spiegazione esauriente della metodologia del EBM utile a chi voglia conoscere l'approccio nei dettagli e a chi vi si avvicinasse nel ruolo di formatore, sebbene non vi sia alcuna indicazione su come i medici possano concretamente conciliare il tempo lavorativo con il tempo sistematicamente richiesto dall'utilizzo dell'approccio. A fronte, quindi, della accuratezza esplicativa della teoria, l'impianto proposto non fa cenno alle problematiche organizzative, motivazionali, operative, economiche e talvolta legislative che nella realtà impediscono un diffuso utilizzo dell'approccio da parte del singolo professionista. Lo scarso realismo si evince, peraltro, dalla dichiarazione che un utilizzo dell'EBM a fini di razionalizzazione della spesa sanitaria sarebbe distorto, dato che, per sua natura, l'EBM comporta un incremento nei costi dell'assistenza (non si fa cenno alla massimizzazione del rapporto costi-benefici). In un momento storico caratterizzato da tensioni finanziarie ed economiche nel mondo sanitario chiaramente visibili, pare che, al di là della teoria, implicazioni del genere siano in grado da sole di «segnare» il destino di uno strumento.

Il testo di Muir Gray, pur utile a fini conoscitivi dell'EBM da parte di medici, data l'accuratezza nella trattazione dell'approccio, non introduce elementi utili agli altri attori del sistema cui si rivolge mancando una trattazione degli aspetti organizzativi e di politica sanitaria concreti o quantomeno riferiti ad alcuna realtà specifica che avrebbero potuto sostanziare la tesi di fondo (di fatto formulabile da qualunque attore del sistema dotato di buon senso) che è così riassumibile: clinici ed amministratori devono compiere scelte di comprovata efficienza ed efficacia.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ALBERTO P. BONOLDI

**Sistema DRG  
e finanziamento  
degli ospedali:  
un'opportunità  
per promuovere la qualità  
dell'assistenza**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998  
pagg. 87, L. 25.000

*L'autore, che ha lavorato a lungo come chirurgo prima di dedicarsi ad attività organizzativo-gestionali nell'ambito della direzione sanitaria ed è segretario della Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria, integra nel volume gli aspetti della qualità tecnico professionale con quelli economici e gestionali. Nel volume vengono dapprima illustrati i quadri di riferimento, il sistema DRG e la scheda di dimissione ospedaliera, successivamente si valutano criticamente le regole generali di codifica, infine si segnalano i problemi economici e gli obiettivi di qualità da perseguire per migliorare il sistema sanitario e l'erogazione delle prestazioni in funzione sia dei cittadini sia degli operatori sanitari.*

INDICE: 1. QUADRO DI RIFERIMENTO - 2. IL SISTEMA DRG - 3. LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) - 4. DISCUSSIONE CRITICA DELLE REGOLE GENERALI DI CODIFICA - 5. FINANZIAMENTO A «PRESTAZIONE», SISTEMA DRG, E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E DELLE CURE MEDICHE - LETTURE CONSIGLIATE.

*Anche in ambito sanitario si fa strada il concetto della centralità del cittadino-utente, che mette in crisi un modello di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria basato sul controllo esclusivo della professione medica. Il processo di attuazione della carta dei servizi in tutte le aziende sanitarie, avviato dal Ministero della sanità si muove appunto in questa direzione. Il testo, limitando al minimo la discussione teorica, affronta la tematica con un approccio estremamente pratico ed esemplificativo, riportando in chiusura le esperienze di alcune organizzazioni sanitarie.*

INDICE: PRESENTAZIONE - PRAFZIONE - CAPITOLO 1. ESAMINARE IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE - PAZIENTI E STANDARD DELLA JOINT COMMISSION - SCOPO DEL LIBRO - QUADRO DI RIFERIMENTO - BISOGNI E ASPETTATIVE DEL PAZIENTE - INFORMAZIONI FORNITE DAI PAZIENTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ - CAPITOLO 2. USARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI PAZIENTI NEL CICLO DI INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI - UN CICLO DI INTERVENTI PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI - LE INFORMAZIONI FORNITE DAI PAZIENTI NEL CICLO DI MIGLIORAMENTO - PIANIFICAZIONE - MISURAZIONE - VALUTAZIONE - MIGLIORAMENTO - CAPITOLO 3. USARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI PAZIENTI PER MIGLIORARE LE PRESTAZIONI. QUATTRO ESEMPI - ESEMPIO 1: L'INFORMAZIONE DEI PAZIENTI RIGUARDO AL CANCRO DELLA MAMMELLA - ESEMPIO 2: IL CONTROLLO DEL DOLORE - ESEMPIO 3: LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER CREARE LUOGHI DI CURA INCENTRATI SUL PAZIENTE - ESEMPIO 4: L'INTERVENTO DI QUALITÀ FUNZIONALE: ASCOLTARE LA VOCE DEL CONSUMATORE - APPENDICE A. STANDARD PER IL «MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE» DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DEGLI OSPEDALI 1995 - APPENDICE B. ULTERIORI FONTI BIBLIOGRAFICHE - RICERCHE SU BISOGNI E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE - APPENDICE C. INCHIESTE PER LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI DEI PAZIENTI.

JOINT COMMISSION  
on Accreditation  
of Healthcare Organizations

**Capire la prospettiva  
del paziente**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998  
pagg. 142, L. 38.000

DANIELE FABBRI  
GIANLUCA FIORENTINI  
(a cura di)

**Domanda, mobilità  
sanitaria  
e programmazione  
dei servizi ospedalieri**

il Mulino  
Bologna, 1999  
pagg. 120, L. 28.000

*La libertà di scelta del luogo di cura e mobilità dei pazienti sono elementi che contraddistinguono il Ssn sin dalla sua istituzione nel 1978. Tuttavia, è a seguito di alcune importanti innovazioni istituzionali, introdotte dalle riforme degli anni 1992-1995, che essi hanno assunto un ruolo centrale nel dibattito e nella prassi di politica sanitaria. La ricerca su cui si basano gli autori si muove da queste premesse, in particolare dal riconoscimento della difficoltà che regioni e aziende incontrano nel gestire tale libertà. Con un approccio basato su rigorosi riscontri empirici, ma anche sulla elaborazione e sulla proposta di strumenti conoscitivi idonei a soddisfare la richiesta, da parte delle autorità di programmazione, di informazioni economicamente rilevanti circa il fenomeno della mobilità sanitaria.*

INDICE: INTRODUZIONE - PARTE PRIMA: L'ANALISI DELLE SCELTE DEGLI ASSISTITI - I. PROCESSI DECISIONALI NELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE: UN'ANALISI EMPIRICA (G. FIORENTINI, C. UGOLINI, G. VIRGILIO) - II. IL RUOLO DEI PRESCRITTORI NEL CONTENIMENTO E NELL'ORIENTAMENTO DELLA SPESA OSPEDALIERA (D. FABBRI, L. NOBILIO, C. UGOLINI) - PARTE SECONDA: I DATI DI MOBILITÀ E IL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI - III. STRUMENTI DI ANALISI DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA (G. VIRGILIO, S. FACCHINI, A. DONATINI, L. NOBILIO) - IV. I RICOVERI RIPETUTI NELL'AMBITO DEL CONTROLLO DEI COMPORTAMENTI OPPORTUNISTICI (L. FAVENO, M. MERLIN) - PARTE TERZA: INDIRIZZI NELLA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLA DOMANDA - V. COMPORTAMENTI DI «EXIT» E RAZIONAMENTO NELLE AZIENDE SANITARIE: IL RUOLO DEI MODELLI DI GOVERNO (D. FABBRI) - VI. MOBILITÀ OSPEDALIERA E PROGRAMMAZIONE: IL RUOLO DELLE TARIFFE E DEGLI INVESTIMENTI STRUTTURALI (G. FIORENTINI).

*L'edizione 1999 del rapporto «La salute in Italia» affronta i problemi che negli ultimi anni hanno caratterizzato la sanità italiana nel quadro della fase di profonda trasformazione attraversata che, nell'anno trascorso ha visto anche l'approvazione del Piano sanitario nazionale e della legge delega per il riordino del servizio sanitario. La parte monografica è dedicata a «L'integrazione socio-sanitaria» e alla «Agenda degli avvenimenti 1998», oltre che ad una sintesi dei principali provvedimenti legislativi e da una appendice statistica.*

INDICE: PRESENTAZIONE. LA SANITÀ ITALIANA E LE POLITICHE SANITARIE DELL'UNIONE EUROPEA (G. BERLINGUER, M. GEDDES) - INTRODUZIONE. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA. LE POLITICHE SANITARIE DELL'UNIONE EUROPEA - AGENDA DEGLI AVVENIMENTI DEL 1998 - PARTE PRIMA. PROBLEMI EMERGENTI - MEDICINA BASATA SULL'INVADENZA. LA NUOVA INFLAZIONE MEDICA SI NASCONDE NELLA MEDICINA PREVENTIVA (M. TROMBESI, V. CAIMI) - LE TERAPIE NON PROVATE PER IL CANCRO E LA TERAPIA DI BELLA. CONTROLLO DEI FENOMENI EMERGENTI, SORVEGLIANZA, SPERIMENTAZIONE (N. CROTTI, G. GAUDENZI) - IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000: OBIETTIVI DI SALUTE E POLITICHE REGIONALI (G. FARCHI, E. SCAFATO, D. GRECO, E. BUIATTI) - LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE (I. FIGÀ TALAMANCA, A. SPINELLI, T. BALLARD) - MODIFICHE DI COMPORTAMENTO MEDICO IN RELAZIONE AI SISTEMI RETRIBUTIVI (A. DONZELLI) - LA PATOLOGIA PSICHIATRICA IN ITALIA (S. DOMENICHETTI, M. MICHELI) - PARTE SECONDA. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (M. GEDDES, G. MACIOCCO) - L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA (F. NARDOCCI) - L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI SERVIZI PER L'ETÀ ADULTA E LA MARGINALITÀ (T. VECCHIATO) - ASSETTI ISTITUZIONALI, MECCANISMI FINANZIARI, MODELLI ORGANIZZATIVI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI SERVIZI PER ANZIANI (E. RANCI ORTIGOSA, C. CREPALDI, F. LONGO) - APPENDICE - LA NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA NEL 1998 (A CURA DI C. BOTTAI) - I DATI STATISTICI (A CURA DI M. CONTE).

MARCO GEDDES  
GIOVANNI BERLINGUER  
(a cura di)

**La salute in Italia.  
Rapporto 1999.  
L'integrazione  
socio-sanitaria**

Ediesse  
Roma, 1999  
pagg. 317, L. 40.000

JOINT COMMISSION  
on Accreditation  
of Healthcare Organizations

**Introduzione ai principi  
del miglioramento  
della qualità.  
Guida per i manager  
e i dirigenti  
delle aziende sanitarie**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998  
pagg. 112, f.c.

*Nella linea evolutiva dell'accreditamento si colloca l'interesse della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, l'organismo americano esterno di valutazione degli ospedali, per l'approfondimento di metodi e strumenti tipici degli approcci del miglioramento continuo. Questa collana propone alcuni dei testi editi dalla Joint Commission particolarmente rilevanti per la realtà italiana. Nella fattispecie questo volume si rivolge a tutti i dirigenti delle strutture sanitarie che, trovandosi in posizioni chiave dell'organizzazione, possono essere i veri fautori del cambiamento, offrendo loro la storia dell'evoluzione del pensiero sulla qualità ed una serie di metodi e strumenti applicativi.*

INDICE: PEFAZIONE - UNITÀ 1. CHE COS'È LA QUALITÀ? - UNITÀ 2. IL RUOLO DELLA LEADERSHIP - UNITÀ 3. L'ORIENTAMENTO VERSO IL CLIENTE - UNITÀ 4. COMPRENDERE E MIGLIORARE I PROCESSI - UNITÀ 5. IL COINVOLGIMENTO DEI DIPENDENTI ED IL LAVORO DI SQUADRA - UNITÀ 6. IL COSTO DELLA QUALITÀ - APPENDICE.

*Il volume illustra le possibilità applicative della qualità totale in medicina generale nell'esperienza britannica, fornendo le informazioni necessarie perché nelle strutture assistenziali territoriali si possa acquisire la flessibilità necessaria e adattare gli aspetti della qualità totale alle specifiche realtà. Nella prima sezione assieme ad aspetti di carattere generale, si evidenzia l'importanza della Carta del paziente; la seconda sezione illustra le procedure di raccolta delle opinioni dei pazienti e degli operatori sanitari; la terza sezione è di ausilio nell'indagine sulla qualità delle aree specifiche della struttura; nella quarta sezione si esamina la valutazione dell'efficacia delle attività assistenziali; nell'ultima sezione si delineano le ipotesi di sviluppo di un «piano di attività» programmato.*

INDICE: SCUOLA EUROPEA DI MEDICINA GENERALE - PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA - PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE BRITANNICA - PEFAZIONE - COME USARE QUESTO LIBRO - SEZIONE I. LE INFORMAZIONI DI BASE - 1. LA QUALITÀ TOTALE - CENNI SINTETICI - 2. LA «CARTA DEL PAZIENTE» - SEZIONE II. RICERCARE OPINIONI E INFORMAZIONI - 3. DOVE CI TROVIAMO? L'ANALISI DELLO STATO ATTUALE - SEZIONE III. INTRODURRE LA QUALITÀ NEL CONTESTO DI SPECIFICI ASPETTI DELLA PRACTICE - 4. LA QUALITÀ NELLA CULTURA ORGANIZZATIVA E NELLO STILE GESTIONALE - 5. L'AMBIENTE - 6. LA QUALITÀ NEI SISTEMI E NELLE PROCEDURE - SEZIONE IV. MISURARE LA QUALITÀ DELL'ATTIVITÀ DELLA PRACTICE - 7. DEFINIRE STANDARD ED OBIETTIVI - SEZIONE V. LE TAPPE FUTURE - 8. CONTROLLO DEGLI STANDARD E SVILUPPO DI UN PIANO DI LAVORO - APPENDICI - APPENDICE 1. INDAGINE SUI SERVIZI OFFERTI DALLA PRACTICE - APPENDICE 2. FASE DI ANALISI DELLO «STATO ATTUALE». INTERVISTA SEMISTRUTTURATA - APPENDICE 3. LA REVISIONE DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI (RPI) - APPENDICE 4. STANDARD DI QUALITÀ GESTIONALE - APPENDICE 5. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ AMBIENTALE DELLA PRACTICE - APPENDICE 6A. QUESTIONARIO SUGLI APPUNTAMENTI (PER I MEDICI) - APPENDICE 6B. QUESTIONARIO SUGLI APPUNTAMENTI (PER I PAZIENTI) - APPENDICE 7. COME EFFETTUARE UN'INDAGINE.

J. BROOKS  
I. BORGARDTS

**La qualità totale  
in medicina generale.  
Aspetti organizzativi  
e gestionali  
del rapporto  
medico paziente**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998  
pagg. 120, L. 28.000

JOINT COMMISSION  
on Accreditation  
of Healthcare Organizations

Elaborazione sviluppo  
e applicazione  
degli indicatori in medicina  
d'urgenza

Centro Scientifico Editore  
Torino, 1998  
pagg. 105, L. 36.000

*Il volume intende proporsi come guida per sviluppare e utilizzare le performance allo scopo di valutare e migliorare l'assistenza sanitaria nell'emergenza. Si descrivono metodi di misura atti a fornire risposte al quesito se i processi in uso perseguano effettivamente gli effetti desiderati, individuando indicatori in grado di produrre dati utili per determinare un miglioramento e per evidenziare eventuali problemi legati alla qualità di funzioni come la direzione, la gestione, le cliniche, il gradimento, che possono influenzare i processi e gli esiti. Affrontando tali aspetti sia sul piano teorico che pratico, si propongono nuove condizioni per la costruzione dei fondamenti statistici delle attuali attività di misura e miglioramento della qualità.*

INDICE: PRESENTAZIONE - PRAFAZIONE - CAPITOLO 1. IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ (MCQ) NELL'EMERGENZA SANITARIA - CAPITOLO 2. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE - CAPITOLO 3. INDICATORI: STRUMENTI PER MONITORARE LE PERFORMANCE - CAPITOLO 4. ELABORAZIONE DEGLI INDICATORI - CAPITOLO 5. AFFIDABILITÀ E VALIDITÀ: IL PROCESSO DI VERIFICA DEGLI INDICATORI - CAPITOLO 6. ORGANIZZAZIONE E PRESENTAZIONE DEI DATI DELL'INDICATORE - CAPITOLO 7. VALUTAZIONE DEI DATI DELL'INDICATORE - APPENDICE. APPROCCIO ALLA SELEZIONE E ALLA VERIFICA DEGLI INDICATORI.

*Le esigenze del processo di aziendalizzazione che si sta attuando all'interno del Ssn, rende necessario acquisire almeno le conoscenze di base su problematiche come l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, la gestione delle risorse umane, l'organizzazione del lavoro, gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni. Questo testo attraverso una serie di test con domande a risposte multiple, vuole fornire a chiunque sia interessato un aiuto valido per evidenziare quali argomenti necessitino di approfondimento, per aggiornare le proprie conoscenze, acquisire la preparazione per sostenere le selezioni pubbliche per dirigente di secondo livello, per verificare le proprie capacità cognitive nella gestione, organizzazione e direzione dei servizi sanitari.*

SOMMARIO: PREMessa - INTRODUZIONE. - COME UTILIZZARE I TEST - 1. L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI (TEST 1-40) - RISPOSTE CORRETTE TEST 1-40 - 2. I CRITERI DI FINANZIAMENTO E DI FORMAZIONE DEI BILANCI (TEST 41-80) - 3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE (TEST 81-100) - RISPOSTE CORRETTE TEST 81-100 - 4. L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (TEST 101-120) - RISPOSTE CORRETTE TEST 101-120 - 5. GLI INDICATORI DI QUALITÀ DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI (TEST 121-160) - RISPOSTE CORRETTE TEST 121-160 - COME VALUTARE I PROPRI RISULTATI - GLOSSARIO - ALLEGATI - 1. LINEE-GUIDA MINISTERO SANITÀ 2/96: PROFILO AZIENDALE DEI SOGGETTI GESTORI DEI SERVIZI SANITARI - 2. D.M. 24 LUGLIO 1995. CONTENUTI E MODALITÀ DI UTILIZZO DEGLI INDICATORI DI EFFICIENZA E DI QUALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 3. D.M. 15 OTTOBRE 1996. APPROVAZIONE DEGLI INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELLE DIMENSIONI QUALITATIVE DEL SERVIZIO RIGUARDANTI LA PERSONALIZZAZIONE E L'UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA, IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE, ALLE PRESTAZIONI ALBERGHIERE, NONCHÉ L'ANDAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE - 4. PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1998-2000. IL PATTO DI SOLIDARIETÀ PER LA SALUTE.

A. TOMASI

Per una formazione  
manageriale del medico

CIC edizioni internazionali  
Roma, 1999  
pagg. 226, L. 35.000

ROBERTO RAGGI  
GIOVANNI CERIANI  
ENRICO BRIOLINI

**I sistemi qualità e sicurezza  
nei servizi sanitari**

Maggioli Editore  
Rimini, 1998  
pagg. 232, L. 33.000

*Nel presente volume la norma 9001 è proposta come elemento di riflessione e spunto per iniziare un percorso verso l'introduzione di un sistema qualità strutturato che conferisce alla struttura la capacità di operare in accordo ai requisiti della norma e mantenere nel tempo la capacità di erogare servizi sanitari in accordo alle regole vigenti e secondo standard definiti. L'attualità di questo sistema di gestione della qualità è evidente dal raffronto più volte presente nel testo con il D.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla necessità di mantenere nel tempo il livello del servizio secondo quanto enunciato nella Carta dei servizi.*

SOMMARIO: PREMessa - INTRODUZIONE. UN SERVIZIO SANITARIO CHE RUOTA ATTORNO AL PAZIENTE - 1. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE - 2. SISTEMI QUALITÀ - 3. RIESAME DEL CONTRATTO - 4. CONTROLLO DELLA PROGETTAZIONE - 5. CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DEI DATI - 6. APPROVVIGIONAMENTO - 7. CONTROLLO DEL PRODOTTO FORNITO DAL CLIENTE - 8. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ DEI PRODOTTI - 9. CONTROLLO DEL PROCESSO - 10. PROVE, CONTROLLI E COLLAUDI - 11. CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE PER PROVA, MISURAZIONE E COLLAUDO - 12. STATO DELLE PROVE, CONTROLLI E COLLAUDO - 13. CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI - 14. AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE - 15. MOVIMENTAZIONE, IMMAGAZZINAMENTO, IMBALLAGGIO, CONSERVAZIONE E CONSEGNA - 16. CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ - 17. VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE - 18. ADDESTRAMENTO - 19. ASSISTENZA - 20. TECNICHE STATISTICHE - APPENDICE NORMATIVA. D.P.R. 14 GENNAIO 1997 - MINISTERO SANITÀ, LINEE GUIDA N. 2/95 - D.P.C.M. 19 MAGGIO 1995.

*Obiettivo del libro è di fornire ai medici incuriositi dal fenomeno Internet una panoramica delle realizzazioni e delle esperienze maturate nel mondo, senza tentare un'impossibile catalogazione delle risorse esistenti, ma descrivendo in dettaglio alcune tra le applicazioni più significative. Si passano in rassegna i siti delle istituzioni scientifiche, che riportano l'attività e le pubblicazioni dei vari centri, si illustrano le risorse destinate all'aggiornamento professionale e alla disseminazione della conoscenza medica, le banche-dati bibliografiche on-line, l'editoria in rete e le risorse farmaceutiche.*

SOMMARIO: PREMessa (C. MANNI) - INTRODUZIONE - 1. DALLA POSTA ELETTRONICA AL WORLD WIDE WEB - 1.1. PREMessa - 1.2. LE ORIGINI DI INTERNET - 1.3. LA POSTA ELETTRONICA - 1.4. LE LISTE DI DISCUSSIONE E I NEWS-GROUP - 1.5. IL WORLD WIDE WEB - 2. LA CONOSCENZA ON-LINE - 2.1. LE BANCHE DATI - 2.2. LE RISORSE DIDATTICHE - 2.3. LINEE GUIDA E PROTOCOLLI - 2.4. LA FARMACOLOGIA - 2.5. L'EDITORIA SCIENTIFICA - 2.6. IL FUTURO DELLA CARTA - 3. LA MEDICINA VIRTUALE: CARTELLE CLINICHE - 3.1. LE CARTELLE CLINICHE ON-LINE - 3.2. LA TELE-MEDICINA - 3.3. I LIMITI DELLA TELEMATICA - 3.4. LE RISORSE DESTINATE AI PAZIENTI - 3.5. LE INSIDIE DELLA RETE - 4. TROVARE, SELEZIONARE E USARE - 4.1. ALLA RICERCA DELL'INFORMAZIONE DESIDERATA - 4.2. VERSO LA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE - GLOSSARIO.

DOMENICO M. PISANELLI

**Il medico in rete**

Editori Laterza  
Bari, 1999  
pagg. 136, L. 22.000

## SPOGLIO RIVISTE

### Meccanismi di mercato

C.K. BART

*Mission Statement Content and Hospital Performance in the Canadian Not-For-Profit Health Care Sector*  
Health Care Management Review, 24 (3) 18-29, 1999

W. BROUWER

*Market limitation in Health Care sector*  
Journal of Health Service & Policy, 4 (3), 185-186, 1999

S.J. BALLA

*Markets, Governments, and HMO Development in 1990s*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 24 (2), 1999

### Sistemi di finanziamento

F. REVIGLIO

*Sanità senza vincoli di spesa*  
Economia Pubblica, 4, 5-30, 1999

F. LEGA

*Il controllo della spesa sanitaria regionale: una prima valutazione dell'impatto dei diversi modelli di finanziamento attuabili*  
Sanità Pubblica, 3, 405-420, 1999

P. LOCATELLI

*Il project financing e i nuovi strumenti di finanziamento in un'ottica di gestione imprenditoriale dell'azienda sanitaria*  
Sanità Pubblica, 3, 421-429, 1999

K.S. BAY, L.D. SAUNDER, D. WILSON

*Socioeconomic risk factors and population-based regional allocation of health care funds*  
Health Services Management Research, 12, 179-191, 1999

A. IANDINI, A. LARGHI, DARIO, P. ZOIA

*I limiti del sistema DRG/ROD*  
L'Ospedale, 4/5, 5-12, 1999

D.Z. LOUIS ET AL.

*Impact of a DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of care in Italy*  
Health Service Research, 34 (1), 405-417, 1999

### Analisi dei sistemi sanitari

S.K. LONG, S. ZUCKERMAN

*Urban Health Care in Transition: Challenges facing Los Angeles County*  
Health Care Financing Review, 20 (1), 45-58, 1999

J. LE GRAND

*Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health System*  
Health Affairs, 18 (3), 27-40, 1999

N. IKEGAM, J. CAMPBELL

*Health Care Reform in Japan: The virtues of Muddling through*  
Health Affairs, 18 (3), 56-75, 1999

L.D. BROWN, V.E. AMELUNG

*Monocled Competition: Market reforms in German Health Care*  
Health Affairs, 18 (3), 76-91, 1999

J. HALL

*Incremental Changes in Australian Health System*  
Health Affairs, 18 (3), 95-110, 1999

C. HUGES

*Dynamic of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada*  
Health Affairs, 18 (3), 114-134, 1999

E. RIZZUTO

*Gli effetti del DM sulla gestione delle ASL*  
L'Ospedale, 6, 16-23, 1999

### Programmazione ed organizzazione del lavoro

A. WALSH, S. BORKOWSKI

*Cross-Gender Mentoring and Career Development in the Health Care Industry*  
Health Care Management Review, 24 (3), 7-17, 1999

S. LLEWELLYN, R. EDEN, C. LAY

*Financial and Professional Incentives in Health Care: comparing the UK and Canadian experiences*  
The International Journal of Public Sector Management, 12 (1), 6-16, 1999

F. FOGLIETTI

*La distinzione tra funzioni di governo e funzioni di gestione, nell'ambito delle aziende USL, nell'ambito delle aziende USL, come premessa per la delimitazione delle responsabilità della dirigenza*  
*La disamina del testo del D.L.vo n. 80 del 1998 a confronto con le altre normative «speciali» di settore e con alcune caratterizzazioni organizzative e gestionali tipiche dell'azienda USL*  
Sanità Pubblica, 5, 667-677, 1999

K. KOB, F. GIRARDI, V. CIANOCCHI

*Un dipartimento di medicina di laboratorio*  
L'Ospedale, 6, 4-13, 1999

### Economia del farmaco

A.E. COOK

*Strategies for containing Drug Costs: an Implication for a Medicare Benefit*  
Health Care Financing Review, 20 (3), 29-38, 1999

E. CANTON, E. WESTERHOUT

*A model for the Dutch pharmaceutical market*  
Health Economics, 8 (5), 1999

### Valutazione economica delle attività sanitarie

J. BRAZIER, M. DEVERILL, C. GREEN

*A Review of the Use of Health Status Measures in Economic Evaluation*  
Journal of Health Services Research & Policy, 4 (3), 174-184, 1999

L. GARATTINI, G. GIULIANI, E. PAGANO

*A model for calculating costs on Hospital wards, an Italian experience*  
Journal of Management in medicine 13 (2/3), 71-82, 1999

### Controllo di gestione e sistemi informativi

S.A. MAGNUS

*Physicians' Financial Incentives in five dimensions: A conceptual framework for HMO Managers*  
Health Care Management Review, 24 (1), 57-72, 1999

A.H. ROSENSTEIN

*Measuring the benefits of clinical decision support: Return on Investment*  
Health Care Management Review, 24 (2), 32-43, 1999

### Qualità

M. YASIN, A.J. CZUCHRY, D. JENNINGS, C. YORK

*Managing the Quality Effort in a Health Care Setting*  
Health Care Management Review, 24 (1), 45-55, 1999

B. WOODARD, M. FOTTLER, A. OSBORNE KILPATRICK

*Transformation of an Academic Medical Centre*  
Health Care Management Review, 24 (1), 81-94, 1999

D.O. KALDENBERG, B.W. BECKER

*Evaluation of Care by Ambulatory Surgery Patients*  
Health Care Management Review, 24 (3), 73-81, 1999

S.J. KATHY HO, L. CHAN, R.E. KIDWELL JR.

*The Implementation of Business Process Reengineering in American and Canadian Hospitals*  
Health Care Management Review, 24 (2), 19-31, 1999

M. GARCIA ET AL.

*Continuous Quality Improvement in Primary Health Care*  
European Journal of Public Health, 9 (2), 131-136, 1999

J. CHAN, M.J. RADFORD, Y. WANG

*Performance of the «100 Top Hospitals»: What does the Report Card report*  
Health Affairs, 18 (4), 53-68, 1999

WOODWARD, H. SHANNON, L. CUNNINGHAM, B. LENDRUM

*The impact of Re-Engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large Teaching Hospital: A longitudinal study*  
Medicalcare, 37 (6), 556-569, 1999

R.W. BROYLES, A.F. ALASSAF

*The cost of Quality: An interactive model of appraisal, prevention and failures*

Health Services management Research, 12 (3), 169-182, 1999

J. RATERY

*Benchmarking costs in Health services*

Journal of Health Service Research and Policy, 4 (2), 63-64, 1999

**Altro**

H. TRINH

*Are Rural Hospitals «Strategic»?*

Health Care Management Review, 24 (3), 42-54

R. SALVINI, A. SOLIPACA

*Un modello empirico di domanda di spesa sanitaria*

Economia Pubblica, 4, 131-155, 1999

## L'APPLICABILITÀ DEL BENCHMARKING ALLA SANITÀ

Erika Mallarini

Negli ultimi quindici anni si è sviluppato un particolare interesse per il cambiamento organizzativo quale fonte di fattori critici di successo per la strategia di azienda.

Tra le varie teorie di *management* che si sono sviluppate con questo orientamento, spicca il «Total Quality Management (TQM)», approccio che ha creato i presupposti per pensare in termini di processi aziendali focalizzando l'attenzione sulle modalità per migliorare gli stessi in un'ottica di qualità intesa come soddisfazione delle esigenze dell'utente.

D'altra parte, secondo alcuni autori (Brelvi, Grayson, 1994; Champy, 1994), il TQM ha dimostrato di realizzare i cambiamenti troppo lentamente per assicurare, nel lungo periodo, sopravvivenza e crescita.

Di qui l'affermazione del *Business Process Reengineering*, BPR, metodologia che si fonda sui medesimi presupposti del TQM, ma che a differenza di quest'ultima, tende a un miglioramento radicale piuttosto che continuo, basandosi su cambiamenti improvvisi, rivoluzionari, anziché su modificazioni graduali.

Alle aziende viene richiesto di eliminare per poi reinventare, mettendo in dubbio gli stessi scopi, principi ed ipotesi su cui si fondano i propri processi.

Tutto ciò unito all'esigenza di garantire sempre che il cambiamento risulti efficace, appropriato e perfettamente incorporabile entro l'organizzazione.

In questo contesto si inserisce il *Benchmarking*, «processo continuo e sistemico di misurazione dei prodotti/servizi/processi attraverso il confronto con le aziende riconosciute come *leader* del proprio settore, finalizzato a determinare i *business* e i processi lavorativi migliori, e a stabilire obiettivi razionali di *performance*» (Robert Camp, 1996).

In modo più pragmatico, il *Benchmarking*, consiste nella ricerca delle migliori prassi aziendali che conducono a prestazioni operative superiori a quelle poste in essere.

Questo non vuol dire mera imitazione dell'operato dei concorrenti, intesa come osservazione non guidata e poco razionalizzata, che di per sé non porta al successo competitivo, ma significa apprendere con continuità dall'esterno e trasferire in maniera ragionata ciò che si è appreso nel continuo miglioramento dei propri processi, al fine di rispondere con efficacia e tempestività agli stimoli che provengono con continuità dall'evolversi delle tecnologie e dalla crescita quantitativa e qualitativa delle richieste dei mercati.

L'obiettivo del *Benchmarking* è quello di accelerare il processo dei cambiamenti aziendali portando sia a dei *breakthrough* (profondi cambiamenti dovuti alle innovazioni, tipici del BPR che li denomina *breakpoint*), che a dei *continuous improvement* (miglioramenti continui a piccoli passi, propri del TQM).

Pertanto il *Benchmarking* non sostituisce né il BPR né il TQM, ma costituisce una metodologia, uno strumento, applicabile ad entrambe le teorie di *management*, che facilita ed accredita il successo di un'iniziativa di cambiamento, attraverso la ricerca delle migliori prassi operative che possano garantire ad un'impresa una prestazione superiore; il

*Benchmarking* rappresenta quindi un mezzo finalizzato all'implementazione della qualità totale.

Obiettivo di questa di bibliografia monotematica è di approfondire il tema del *Benchmarking*, proponendo quei testi che indagano se, ed eventualmente in che modo, questo strumento possa essere applicato alle aziende sanitarie alla stregua delle metodologie di *management* dalle quali prende le mosse: il TQM e il BPR (in particolare, sulle applicazioni di quest'ultimo al SSN, si rimanda alla bibliografia monografica: Motta, «*Lega Process Re-engineering* per le aziende sanitarie: una introduzione», Mecosan 23, 1999).

La prima sezione raccoglie i testi base del TQM e del BPR, al fine di inquadrare i fondamenti teorici del *Benchmarking*.

La seconda raccoglie i testi relativi al TQM applicato alla sanità.

La terza comprende i riferimenti bibliografici specificamente orientati al tema a *Benchmarking* e alle sue diverse tipologie (*Benchmarking* interno, competitivo, di processo, generico).

La terza parte raccoglie i testi relativi all'applicazione del *Benchmarking* alla p.a., e alla sanità in particolare.

Infatti, benché i principi del *Benchmarking* si siano sviluppati ed abbiano trovato le loro prime applicazioni prevalentemente all'interno delle imprese, vi è un interesse crescente ad esplorarne l'applicabilità anche all'interno della p.a. e della sanità.

Il problema della valutazione e del miglioramento delle prestazioni della p.a., infatti, va oggi assumendo una rilevanza sempre maggiore nella misura in cui la responsabilità economica di tali enti ed aziende viene non solo teorizzata, ma anche riconosciuta in sede normativa ed imposta nella pratica della gestione degli enti/aziende stessi.

Un limite intrinseco (Corso, Dumoulin, Fumero, Ongaro, 1998) di questo tentativo di riorientamento alle pratiche gestionali secondo criteri di responsabilità, è la sostanziale mancanza in tali ambiti di un mercato e di una concorrenza che spingano al miglioramento delle prestazioni e all'efficienza nell'allocazione delle risorse.

In quest'ottica, il *Benchmarking* rappresenta un mezzo efficace per sostituire o meglio simulare l'economia di mercato (Karlof e Ostblom, 1993), in quanto, stimolando la circolazione delle informazioni, esso crea nel sistema forti «pressioni» verso l'efficienza e la produttività; «pressioni» che risultano estremamente efficaci anche nella sanità, settore in cui, malgrado l'introduzione di elementi di competizione sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta, occorre approfondire ed affinare la disponibilità di informazioni, per assicurare maggiore efficienza al sistema (Ferri, 1997).

Quali sono i vantaggi dell'applicazione del *Benchmarking* in sanità? Innanzitutto gli stessi che rendono questa metodologia uno strumento efficiente negli altri settori. Esso infatti consente

- di assimilare creativamente le prassi operative migliori;
- di dare stimolo e motivazione al personale, riducendo nel *management* la resistenza al cambiamento;
- di determinare traguardi oggettivi in quanto basati su una visione comparata delle condizioni esterne;
- di cercare preventivamente delle modifiche e di ridurre i costi della sperimentazione di nuove procedure;
- di migliorare la conoscenza dei propri processi;
- di analizzare processi trasversali all'organizzazione.

Inoltre, quello che nel privato rappresenta un limite, ovvero la tendenza ad occultare le informazioni ai concorrenti, nelle aziende sanitarie viene superato dalla trasparenza derivante dalla sua natura di servizio pubblico.

Un'altra motivazione a favore dell'utilizzo di questo approccio in sanità deriva dal fatto che esso impone alle aziende che lo adottano di migliorare il proprio sistema informativo con dati sempre aggiornati e aderenti alla realtà, con conseguente beneficio per tutto il sistema, specie oggi che il decreto 229/99, introducendo il nuovo modello di accreditamento e qualità, ha di fatto reso più sentita l'esigenza di definire *standard* di qualità e sicurezza, criteri per la selezione di indicatori relativi alle attività svolte e ai risultati, e requisiti dei servizi, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

La valutazione della qualità e dell'efficienza in campo sanitario, infatti, non può che essere affrontata attraverso il confronto tra le strutture che lo compongono, non essendo ancora stati sviluppati indicatori di *performance* con valore assoluto.

Tramite l'osservazione comparata di ciò che avviene concretamente in diverse realtà, il *Benchmarking* può pertanto rappresentare un valido strumento per la definizione di *standard* di riferimento. (Per le modalità di costruzione degli indicatori si faccia riferimento a G. Gallo, «Analisi di processo», tratto da «Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari: principi e metodi», a cura di M. Brusoni, in corso di pubblicazione).

#### **Ragionare per processi: il Total Quality Management (TQM) e il Business Process Reengineering (BPR)**

BIECH E.

*TQM for training*

McGraw-Hill, Inc., Milano, 1994

BIFFI A., PECCHIARI N. (A CURA DI)

*Process Management e reengineering: scelte strategiche, logiche, strumenti realizzativi*

SDA Management, Milano, 1998

CHAMPY J.

*Reengineering Management*

Ed. Harper Collins, New York, 1995

HAMMER M.

*Oltre il Reengineering*

Ed. Baldini e Castoldi, Milano, 1998

HAMMER M., CHAMPY J.

*Ripensare l'azienda*

Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1993

HUNT V.D.

*Reengineering*

Oliver Wight Publications, 1993

JOHANSSON H.J., MCHUG P.

*BPR Riprogettazione dei processi aziendali*

Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1994

MASAAKI IMAI

*Kaizen: La strategia giapponese al miglioramento continuo*

Il Sole24Ore Libri, Milano, 1986

MOSCA F.

*Aspetti strategici della qualità totale nei servizi*

Giappichelli editore, Torino, 1994

NEGRO G.

*Organizzare la qualità nei servizi*

Il Sole 24Ore Libri, Milano, 1996

OMACHONU V.K., ROSSO J.E.

*Principles of Total Quality*

Kogan Page, London, 1994

ORIANI G.

*Reengineering, come riprogettare i processi aziendali*

Ed. Guerini e associati, Milano, 1997

PIERANTOZZI D.

*La gestione dei processi nell'ottica del valore: miglioramento graduale e reengineering. Criteri, metodi ed esperienze*

Collana Impresa e Valore, Egea, Milano, 1998

#### **Total Quality Management applicato alla sanità**

AA.VV.

*La qualità delle prestazioni*

Panorama della Sanità, 29, pagg. 18-20, 1997

AA.VV. PER AGENZIA SANITARIA REGIONALE

*Gestire e verificare la qualità nelle strutture sanitarie: concetti e modelli*

CLUEB, Bologna, 1997

- AA.VV.  
*Introduzione ai principi di miglioramento della qualità. Guida per i manager e i dirigenti delle aziende sanitarie*  
Centro scientifico Editore, Torino, 1998
- AL-ASSAF A.F.  
*The Textbook of Total Quality in Healthcare*  
Saint Lucie Press, Delraj Beach, 1995
- ALAVI J., MEACHAM K., YASIN M.  
*The status of TQM in Healthcare*  
Health Marketing Quarterly, 15 (3), pagg. 61-84, 1998
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION  
*Evaluating the performance of the hospital CEO in a Total quality Environment*  
Health Administration Press, Chicago, 1997
- BADER B.S.  
*Rediscovering Quality: What Healthcare Leaders and Managers need to know about the Total Quality Transformation*  
Capitol Publications, 1992
- BARAGHINI G.  
*Il sistema qualità ISO 9000 in sanità*  
Franco Angeli, Milano, 1998
- BARATTI G., PAGANA C., QUONDAM P., SORANZIO L.  
*Sistema per la qualità dell'azienda per i servizi sanitari n. 2 «Ison-tina» Regione Friuli-Venezia Giulia. Progetto ed esperienza*  
Mecosan 21, pagg. 89-98, 1997
- BARNER N.  
*Quality Assessment for Healthcare*  
Quality Resources, Portland, 1995
- BATALDEN P.B.  
*Building Knowledge for Quality in Healthcare*  
JQA, 13, pagg. 8-11, 1991
- BERWICK D.M.  
*Controlling Variation in Healthcare*  
Medical Care, 29 (12), pagg. 1212-1225, 1991
- BLUMENTHAL D., LAFFEL G.  
*The case of using industrial quality management science in health care organization*  
JAMA, 262(20), pagg. 1869-2873, 1989
- BRUSONI M.  
*Gli interventi governativi per la qualità dei servizi pubblici: le guide «Quality Service» in Canada e l'esperienza «Cento progetti al servizio dei cittadini»*  
Impresa Pubblica, 1/2, pagg. 133-145, 1998
- BRUSONI M.  
*La certificazione del sistema qualità aziendale nel settore sanitario*  
Mecosan 25, pagg. 9-24, 1998
- BRUSONI M.  
*Il miglioramento della qualità in sanità: il premio europeo Golden Helix Haward*  
Mecosan 8, pagg. 146-154, 1994
- BRUSONI M. (A CURA DI)  
*Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari: principi e metodi*  
Promofarma, in corso di pubblicazione
- DE MASI E., GROSSI B.  
*La qualità in sanità: da progetto a sistema*  
Area qualità, 1998
- DE PIERI P., FAVARETTI C.  
*I sistemi di qualità nelle aziende sanitarie*  
Tendenze nuove, gen/feb, pagg. 60-63, 1999
- DE SIMONE S., SERVILLO G.  
*Il concetto di qualità in terapia intensiva*  
Mecosan 29, pagg. 115-122, 1999
- DONABEDIAN A.  
*La qualità dell'assistenza sanitaria*  
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990
- DRUDU F.M., POGGI R.  
*Verifica e revisione di qualità in radiologia*  
SIRM, Roma, 1996
- EGGERT A.  
*Quality Reengineering in Healthcare*  
ASCP Press, Chicago, 1998
- ELEFANTI M.  
*La qualità delle prestazioni e dei servizi nelle aziende sanitarie*  
Mecosan 25, pagg. 25-36, 1998
- ELEFANTI M.  
*Total quality in Health organizations*  
Journal of Hospital Marketing, 11 (1), pagg. 35-51, 1996
- GAUCHER E.J., COFFREY R.J.  
*Total quality in Healthcare. From Theory to Practice*  
Jossey Bass, San Francisco, 1993
- JESI M., MOSACARA M., RUOZI C.  
*Il sistema qualità ISO 9000: leve organizzative nei servizi sanitari*  
Mecosan 29, pagg. 123-129, 1999

- MARIOTTI G.  
*Tempi di attesa e priorità in sanità: la selezione della domanda come strategia per la qualità*  
Franco Angeli, Milano, 1999
- MCLAUHLIN C., KALUZNY A.A.  
*Total Quality Management in Health*  
Health Care Management Review, pagg. 7-13, Summer 1990
- OMACHONU V.K.  
*Total Quality and Productivity Management in Health Care Organization*  
Quality Press-ASQC, Milwaukee, 1991
- OLLA G.  
*Il Management nell'azienda sanitaria*  
Giuffrè, Milano, 1996
- OVRETVEIT J.  
*La qualità nel servizio sanitario*  
EDISES, Napoli, 1996
- PALIN A., OMACHONU V.K.  
*Patient Discharge/Transfer: A TQM Case Study*  
Quality Engineering, vol. 7, n. 2, 1994
- PICCOLI I.  
*La buona sanità*  
Franco Angeli, Milano, 1995
- PRIMICERIO B.  
*Total Quality Management in sanità*  
Pozzi, Roma, 1998
- QUADERNI QUALITÀ  
*Gestire e verificare la qualità nelle strutture sanitarie. Concetti e modelli*  
CLUEB, Bologna, 1997
- RICCI E.  
*Che succede a Reggio Emilia?*  
Franco Angeli, Milano, 1998
- RUTA C.  
*Sanità e management*  
Etas Libri, Milano, 1993
- SAHNEY V.K., WARDEN G.L.  
*The quest for quality and productivity in health services*  
Frontiers of Health Services management, 7 (4), pagg. 2-54, 1991
- SLOAN M.D., CHMEL M.  
*La rivoluzione della qualità e il sistema sanitario*  
Editoriale Itaca, Milano
- STAMATIS D.H.  
*Total quality Management in Healthcare: from theory to execution*  
McGraw Hill, Milano, 1996
- Benchmarking nelle imprese**
- ADAIR C.B.  
*Breakthroug process redesign*  
AMA, New York, 1994
- BENDELL T.  
*Benchmarking for competitive advantage*  
Pitman, London, 1998
- BENDELL T.  
*The Benchmarking work out*  
Pitman, London, 1997
- BENDELL T.  
*Migliorare la propria competitività: il benchmarking per impostare una strategia di successo*  
Jackson Libri, Milano, 1994
- BERETTA S., DOSSI A.  
*Downsizing e benchmarking. Aspetti metodologici ed etici di una relazione pericolosa*  
Economia & Management, 3, pagg. 69-84, 1998
- BERETTA S., DOSSI A., MELONI G., MIROGLIO F.  
*Il Benchmarking dei processi amministrativi: metodologia di analisi, misurazione e confronto*  
Collana CESAD, Egea, Milano, 1999
- BOCCHINO U.  
*Il Benchmarking: Uno strumento innovativo per la pianificazione ed il controllo strategico*  
Giuffrè, Milano, 1994
- BOCCHINO U.  
*Manuale di benchmarking. Come innovare per competere: aspetti operativi, casi pratici e problemi*  
Giuffrè, Milano, 1995
- BOGAN C., ENGLISH M.J.  
*Benchmarking for Best Practices: Winning through Innovative Adoption*  
McGraw Hill, New York, 1994
- BOXWELL R.  
*Benchmarking for Competitive Advantage*  
McGraw Hill, New York, 1994

- BRELIN H., GRAYSON J.  
*The Benchmarking Guide*  
American Productivity and Quality Center  
Productivity Press Inc., Portland, 1994
- CAMP R.C.  
*Benchmarking: la ricerca delle migliori prassi aziendali per raggiungere una prestazione superiore*  
Editoriale Itaca, Milano, 1989
- CAMP R.C.  
*Business Process Benchmarking: trovare e migliorare le prassi vincenti*  
Editoriale Itaca, Milano, 1996
- CECCARELLI P., CALIA G.  
*Vincere con il Benchmarking. La gestione aziendale attraverso il confronto*  
Sperling & Kupfer, Milano, 1997
- CODLING S.  
*Benchmarking*  
Gower Publishing Limited, Hampshire, 1998
- COOK SARAH  
*Guida pratica al benchmarking: come creare un vantaggio competitivo*  
Franco Angeli, Milano, 1996
- COX J.R.W, MANN L., SAMSON D.  
*Benchmarking as a Mixed Metaphor: Disentangling Assumption of Competition and Collaboration*  
Journal of Management studies, 34(2), pagg. 83-104, 1997
- DAMELIO R.  
*The basics of benchmarking*  
Quality Resources, Portland, 1995
- DE FACI F.  
*Con il Benchmarking l'azienda è più forte*  
Benchmarking Trends, 5 (8), 1999
- DOUMEINGTS G.  
*Modelling techniques for business process re-engineering and benchmarking*  
Chapman & Hall, London, 1997
- FIFER R.M.  
*Cost Benchmarking Functions in the Value Chain*  
Planning Review, May-June, 1989
- FIORI L.  
*Eccellere attraverso il confronto*  
Giappichelli, Torino, 1998
- FITZ-ENZ J.  
*Benchmarking staff Performance*  
Jossey-Bass Publisher, San Francisco, 1993
- GENOT G.  
*Le Benchmarking, nouvel outil de management*  
Revue Francaise du Marketing, n. 141, 1993, pagg. 66-70
- GREGORY W.H.  
*Il Benchmarking: come migliorare i processi per la competitività aziendale adattando ed adottando le pratiche delle imprese leader*  
Franco Angeli, Milano, 1995
- HARRINGTON H.J.  
*The complete Benchmarking implementation guide: Total Benchmarking Management*  
McGraw Hill, Milano, 1996
- KARLOF & PARTNERS  
*Pratiquer le benchmarking*  
Les Editions d'Organizations, Paris, 1995
- KARLOF B.  
*Benchmarking: A signpost to excellence in Quality and Productivity*  
Jhon wiley & Sons, Chichester, 1993
- KARLOF B.  
*Benchmarking work book*  
Wiley, Chichester, 1995
- LEIBFRIED KHJ, MCNAIR C.J.  
*Benchmarking. A tool for continuous Improvement*  
Harper Business, New York, 1992
- MIROGLIO F.  
*Il Benchmarking dei processi amministrativi. General ledger: metodologie di misurazione a confronto*  
Economia & Management, n. 1, pagg. 111-124, 1997
- PATTERSON J.G.  
*I fondamenti del Benchmarking*  
Franco Angeli, Milano, 1997
- ROLSTADAS A.  
*Benchmarking theory and practice*  
Chapman & Hall, London, 1995
- SAIBENE M., BUTTOLO N.  
*La revisione del processo di gestione ordini: un progetto di Benchmarking*  
Economia & Management, 2, pagg. 111-125, 1997
- SARGIACOMO M.  
*Benchmarking competitivo e Benchmarking interno*  
Azienda Pubblica 3, pagg. 253-273, 1998

- SHETTY Y.K.  
*Aiming High: Competitive Benchmarking for superior performance*  
International Journal of Strategic Management, Long Range Planning, vol. 26, n. 1, Feb. 1993
- SPENDOLINI MICHAEL J.  
*Fare Benchmarking. I metodi e le tecniche pratiche*  
Il Sole 24 Ore, Milano, 1996
- TERPLAN K.  
*Benchmarking for effective Network Management*  
McGraw Hill, Milano, 1995
- TOSCANO G.  
*Il ruolo dei sistemi di Activity Based Management Accounting nelle iniziative del benchmarking*  
Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo, Varese, 1995
- WALLEK S., O'HALLORAN D., LEADER C.  
*Un Benchmarking globale*  
McKinsey Quarterly n. 1/1991
- WHITING R.  
*Benchmarking: Lessons from the Best-in-Class*  
Electronic Business, October 7, 1991
- WILLIAMS D.J.  
*Benchmarking: To improve Performance*  
CIPFA, London, 1996
- ZAIRI M.  
*Competitive Benchmarking*  
Technical Communication, Letch Worth, 1992
- ZAIRI M.  
*Effective Benchmarking*  
Chapman & Hall, London, 1996
- Benchmarking nella p.a e in particolare nel SSN**
- AA.VV.  
*Fare Benchmarking in sanità*  
Quaderni Qualità 5, Agenzia sanitaria regionale CLUEB, Bologna, 1998
- AA.VV.  
*Organizzazione sanitaria: lessico poco familiare: il benchmarking*  
Quaderni ACP, 2, 1997
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION  
*Benchmarking: Comparing Your Hospital's Performance Against the «Best»*  
Health Administration Press, Chicago, 1999
- BALDI G., TRABUCCO L., DE PETRI S., MINELLI E.  
*Il problema della qualità nel Soccorso extraospedaliero medicalizzato (SEM)*  
Atti FIMPUS 1997
- BARBIANI M., GIORGI G.  
*Benchmarking e carichi di lavoro*  
Mecosan 12, pagg. 35-44, 1994
- BENSON R.H.  
*Benchmarking in Healthcare: Evaluating data and transforming it into action*  
Radiology Management 18 (1), 1996
- BENSON R.H.  
*Benchmarking in Healthcare: Selecting and Working with Partners*  
Radiology Management 17 (1), 1995
- BENSON R.H.  
*An introduction to Benchmarking in Healthcare*  
Radiology Management 16 (4), 1994
- BRUSONI M.  
*Benchmarking sui processi di acquisto delle aziende sanitarie*  
Energy Editions, 1996
- BULLIVANT J.  
*Benchmarking for continuous improvement in the public sector*  
Longman, New York, 1994
- CAMP R., TWEET A.G.  
*Benchmarking applied to Healthcare*  
Journal of Quality Improvement, 20, pagg. 229-238, 1994
- CORSO M., DUMOULIN A., FUMERO F., ONGARO E.  
*Il Benchmarking nelle pubbliche amministrazioni: un'esperienza presso il Politecnico di Milano*  
Azienda Pubblica, 5, 1998, pagg. 501-526
- DAQUINO R.  
*Il servizio sanitario e la partnership*  
I Forum dei Servizi ospedalieri, Milano, 1996
- FERRI P.  
*Il Benchmarking nella sanità pubblica: alcune possibili applicazioni ed i conseguenti riflessi organizzativi-gestionali*  
Mecosan, 22, pagg. 81-94, 1997
- GAUIN, MARCIANO, CAROL  
*Guide to Benchmarking in Healthcare: Practical lessons from the field*  
American Hospital Publishing, Chicago, 1999

GIFT R. AND MOSEL D.L.  
*Benchmarking in Healthcare*  
American Hospital Publishing, Chicago, 1994

GIFT R. AND MOSEL D.L.  
*Benchmarking, Tales from the front*  
Healthcare Forum, pagg. 37-51, Jan-Feb 1993

KEELHEY P.  
*Benchmarking for Best Practice in the Public Sector*  
Jossey-Bass Publisher, San Francisco, 1996

MALLEY F.J.  
*Management Tools: Benchmarking and innovative adoption*  
Radiology Management 19 (4), 1996

PATTERSON J.  
*Indexing Managed Care*  
McGraw Hill, New York, 1997

RUFFINI R.  
*Il Benchmarking nella sanità pubblica: esperienze straniere e prospettive di intervento nel contesto italiano*  
Mecosan, 12, pagg. 108-115, 1994

S. QUILLIAM  
*Benchmarking Clinical Outcomes*  
APHA 18° NATIONAL CONGRESS, Canberra, 1999

SARGIACOMO M.  
*L'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale di un'azienda U.S.L.*  
Mecosan, 26, pagg. 25-43, 1998

SARGIACOMO M.  
*Benchmarking competitivo e Benchmarking interno: dall'azienda di produzione all'ente locale*  
Azienda Pubblica, 3, pagg. 253-274, 1998

SCHMELING, WINNIE  
*Facing Change in Health Care: Learning Faster in Tough Times*  
American Hospital Association, 1999

TWEET A. GAUIN, MARCIANO K.  
*Guide to Benchmarking in healthcare. Practical Lessons from the field*  
Quality Resources, Portland, 1999

# TESI DI LAUREA

*Tesi di Laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A. A. 1998-1999. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Luca Buccoliero*

## **I SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI ERP PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE: ANALISI DI SAP CON RIFERIMENTO A UN CASO CONCRETO**

**di Greta Nasi**

Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche stanno fronteggiando profondi cambiamenti attraverso l'introduzione di nuove logiche culturali, di gestione e di finanziamento. La chiave di lettura del cambiamento consiste nell'abilità dell'organizzazione di interloquire con persone di capacità diverse, per stimolare il confronto, il dialogo e la continuità dell'azione. Pertanto, scopo della tesi è stato quello di determinare come il processo che porta verso il possesso di informazioni affidabili (e dell'abilità di dominarle e di farne un corretto utilizzo) rappresenti il perno centrale su cui si basa la riforma. Da un'analisi degli scenari aziendali, è emerso che molte aziende stanno modificando radicalmente l'architettura del proprio sistema informativo per orientarsi verso una «soluzione d'impresa», ovvero un pacchetto integrato ad alta copertura funzionale, acquistato presso un unico fornitore. Questo tipo di soluzione è conosciuta come ERP: *Enterprise Resource Planning*. Si tratta di un pacchetto che soddisfa solo una parte dei requisiti funzionali dell'azienda, in genere tra il 30 e il 60%, tuttavia, specialmente nelle grandi organizzazioni, esso viene privilegiato rispetto alla scelta di una serie di soluzioni di nicchia debolmente integrate, per favorire l'integrazione e la condivisione dei dati e delle informazioni.

Per quanto riguarda la realtà specifica delle aziende sanitarie l'offerta di sistemi informativi è peculiare. Infatti, mentre il mercato della tecnologia per le aziende private è caratterizzato da fornitori che offrono soluzioni d'impresa altamente integrate, solo pochi *vendor* si stanno affacciando al mercato sanitario. In particolare, attualmente, in Italia, SAP è l'unica *software house* che sta terminando il processo di completamento della verticalizzazione della soluzione. Intendendo con questo termine la gestione integrata, effettuata mediante un unico sistema informativo, della attività amministrativa e gestionale e dei processi caratteristici delle aziende sanitarie, come la gestione del paziente, la gestione ospedaliera, la diagnostica e la gestione dei referti. Ciò è dovuto al fatto che sono pochi i *vendor* che possiedono competenze specifiche sia per la gestione amministrativa che per quella sanitaria. Infatti, la scelta di molti fornitori è quella di specializzarsi su una delle due macro aree di interesse, amministrativa o sanitaria, e di sviluppare *partnership* con chi fornisce applicazioni per l'area complementare.

La soluzione proposta da SAP è articolata in più moduli, ognuno dei quali gestisce un macro-processo aziendale. In particolare, si tratta di due tipologie di moduli applicativi: da un lato quelli definiti *cross-industry*, comuni, salvo le parametrizzazioni necessarie per

l'adattamento alle specifiche esigenze, a tutti i tipi di aziende; dall'altro vi è il modulo specifico per la sanità: la *industry solution healthcare* IS-H. Inoltre, per rendere completo il sistema informativo, R/3, attraverso IS-H, si interfaccia perfettamente con i sistemi dipartimentali.

In Italia vi è un solo caso di implementazione di SAP in sanità: si tratta dell'Istituto europeo di oncologia, dove la scelta di SAP R/3 come soluzione per la gestione contabile e per la logistica risale al maggio 1997 e la messa in produzione risale al 1998. In particolare, l'analisi del sistema è stata condotta, sia a livello teorico che concreto, cercando di capire le potenzialità dello stesso rispetto ai flussi informativi necessari per la gestione di un'azienda sanitaria e ospedaliera. La conclusione che ne è emersa evidenzia che:

— se da un punto di vista strettamente tecnologico l'implementazione di un ERP, in particolare di SAP, a supporto della gestione delle aziende sanitarie è sicuramente possibile, — il buon fine dell'operazione ed il ritorno positivo degli investimenti, invece, appaiono estremamente critici e dipendono da diversi fattori tra loro interrelati, quali:

- a) la cultura e la resistenza interna;
- b) la partecipazione attiva dei partner implementatori;
- c) la qualità del dato in origine.

Questi elementi potrebbero inficiare il livello qualitativo (in termini di oggettività) dell'informazione prodotta (al di là dei risultati conseguiti in termini di meri volumi complessivi di informazioni elaborate). Infatti, i rischi di strumentalizzazione delle informazioni sono assai elevati in quanto le stesse sono generate da un modello di interrelazioni, in cui la capacità di controllo dello strumento è difficile e dove l'attenzione tende a focalizzarsi sui problemi di carattere operativo e tecnico.

La gestione critica di questi elementi, tra loro interconnessi e consequenziali, ha sicuramente un peso rilevante per il successo dell'implementazione degli ERP nelle aziende ospedaliere e sanitarie del Servizio sanitario nazionale. Infatti l'impegno richiesto all'intera organizzazione, a partire dalla direzione fino agli utenti finali, per l'implementazione del progetto deve essere ben chiaro, costante, determinato e coerente con lo spirito del processo di aziendalizzazione della pubblica amministrazione.