

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

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

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori
Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 95.000

Proprietà letteraria riservata

- Si ricorda:
- che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
 - che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
 - 1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;
 - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
 - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;
 - che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

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

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 Idee per una nuova fase di progettualità nella sanità**
Elio Borgonovi

Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**

- 9 Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della day surgery**
G. Casati, I. Mastrobuono, A. Tanese, M.C. Vichi

- 41 L'applicazione delle matrici di portafoglio nella pianificazione strategica delle strutture ospedaliere**
Federico Lega

- 57 La comunicazione interna come strumento di governo della complessità ospedaliera**
Francesca M. Cesaroni

- 73 Il miglioramento della qualità nelle Aziende sanitarie: analisi di alcune sperimentazioni**
P. Adinolfi, M.V. Ciasullo

Sez. 2^a - **Documenti e commenti**

- 89 L'inclusione dei costi indiretti nelle valutazioni economiche: la situazione italiana**
Livio Garattini, Simone Ghislandi, Fabrizio Tediosi

- 95 Valutazione delle attività e controllo di gestione in Pronto soccorso**
G. Ottone

Sez. 3^a - **Esperienze innovative**

- 109 Gli effetti dell'adozione di un tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali: il caso della Campania**
Mario Capunzo, Pierpaolo Cavallo

- 129 Una matrice per la pianificazione della struttura di offerta. Il caso della A.C.O. San Filippo Neri di Roma**
A. Correani, F. De Grassi, G. Fagiolo, S. Del Balzo, L. Baldino

Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**

- 145 Equità ed efficienza nella riforma dei sistemi di finanziamento della sanità: l'esperienza della Turchia**
Luca Brusati, Özlem Öz

- 157 L'audit organizzativo nell'Assistance publique hôpitaux de Paris**
Stefania de Simone

Sez. 5^a - **Sanità e impresa**

- 167 Creare valore mobilizzando capitali privati: ipotesi di outsourcing e di razionalizzazione dei consumi energetici nelle aziende sanitarie**
Antonio Botti

Sez. 6^a - **Biblioteca**

- 179 Novità bibliografiche**

- 183 Spoglio riviste**

- 186 Tesi di laurea**

IDEE PER UNA NUOVA FASE DI PROGETTUALITÀ NELLA SANITÀ

Elio Borgonovi

Gli anni novanta passeranno alla storia della sanità come gli anni nei quali in tutti i Paesi progrediti hanno prevalso le politiche finalizzate alla «razionalizzazione della spesa sanitaria» (concetto in sé accettabile se inteso come ricerca di utilizzo della spesa per le aree di bisogni sanitari a più elevata utilità) attuate però troppo spesso tramite strumenti di contenimento dei costi unitari dei servizi e di contenimento dei volumi delle prestazioni o tramite strumenti di responsabilizzazione finanziaria (scelte per lo meno discutibili anche quando sono state efficaci).

Oggi esiste nel settore una forte domanda di «nuova progettualità» per evitare che il dibattito e le conseguenti politiche si concentrino su un tema «ormai vecchio e senza risposte» (confronto tra i differenti modelli di sistema sanitario, di Servizio sanitario pubblico, mutualistici, privati fondati sulle assicurazioni) o su un tema che rischia di suscitare «vecchi contrasti ideologici» o «nuove tensioni ideali, etiche e morali», positive per la società ma con limitate probabilità di arrivare a sbocchi e a proposte operative (temi del «razionamento» e/o della «selezione delle priorità dei bisogni»).

Con le riflessioni di seguito esposte ci si propone di dare un contributo di idee a quella nuova fase di progettualità che dovrà fondarsi su rapporti sinergici delle diverse culture presenti

nella sanità (scientifica, assistenziale, delle politiche pubbliche, economica e in particolare aziendale, tecnologica, etico-umanistica, psicologico-comportamentale).

Una prima linea di riflessione parte dallo stesso concetto di «razionalizzazione». Affinché esso possa trovare largo e crescente consenso esso deve essere specificato, coniugato nei seguenti termini:

1) occorre ridare centralità ai processi «tipici» dei sistemi di tutela della salute (risposte che siano efficaci rispetto alle esigenze dei pazienti, mantenimento e valorizzazione del rapporto interpersonale medico-paziente, ricomposizione della unitarietà del processo di risposta ai bisogni) riportando alla loro natura e ruolo «strumentali» i sistemi aziendali di efficiente gestione e organizzazione, i sistemi di finanziamento, i sistemi di controllo e di responsabilizzazione economica;

2) occorre passare da una logica di razionalizzazione delle singole fasi ad una logica di razionalizzazione di interi processi assistenziali;

3) occorre sfruttare l'enorme potenziale collegato alla nuova fase di «rivoluzione tecnologica» (information and communication technologies, ICT).

Con riguardo al primo punto, si può rilevare che, forse come reazione alla logica incorporata nello slogan

«la salute non ha prezzo», in anni recenti molto spesso sono state seguite politiche guidate dalle seguenti relazioni



Purtroppo tale catena logica si è «troppe volte» fermata al secondo passaggio inducendo molti decisori «a limitarsi» al perseguimento di soddisfacenti livelli di efficienza ed economicità dei reparti e divisioni ospedaliere, dei dipartimenti, delle unità organizzative, delle «aziende sanitarie» senza preoccuparsi di agire per recuperare più elevati livelli di efficacia degli interventi, di appropriatezza delle cure, di soddisfazione dei pazienti.

Al contrario, la sequenza logica che sembra più adatta a stimolare un positivo processo di miglioramento può essere formalizzata nei seguenti termini



Con questa sequenza si può ottenere l'effetto della «sinergia» tra «scienze della salute e concezione personalistica» (e persone che ne sono professionalmente portatrici) e «scienze economiche e della gestione aziendale» (e delle persone che ne sono professionalmente portatrici). Le prime si muovono sulla linea logica concezione della salute - appropriatezza - efficacia - efficienza, le seconde si muovono lungo la linea logica vincoli di economicità - efficacia - efficienza. Nella parte finale dei processi decisionali i primi saranno i portatori/difensori forti dei criteri di efficacia, i secondi saranno portatori/difensori forti delle esigenze di efficienza e del rispetto delle condizioni di economicità. Inserendosi però in un processo unitario, gli uni capiranno meglio le motivazioni degli altri e le soluzioni finali potranno essere per entrambi, e quel che più conta per i pazienti, più soddisfacenti rispetto alla logica precedente.

Una seconda linea di considerazioni parte dalla constatazione che la centralità dei temi del recupero di efficienza, riduzione della spesa sanitaria o almeno dei suoi tassi di crescita, rispetto dei livelli di compatibilità della spesa sanitaria (e sociale in generale) rispetto a politiche macroeconomiche, ha portato a privilegiare interventi finalizzati alla razionalizzazione delle singole fasi di processo (interventi che rispondono alla logica dell'ottimo parziale). Sistemi di finanziamento del tipo DRGs largamente diffusi negli anni novanta anche in Europa, inversione di tendenza rispetto alla logica di «integrazione istituzionale» della legge 833/78 attuata con provvedimenti che hanno costituito gli ospedali, e altre unità di erogazione dei servizi in «aziende autonome», adozione anche in alcune regioni italiane (si ricorda in particolare la regione Lombardia) del modello di separazione tra «aziende acquirenti» e «aziende fornitrici» di servizi, forte accentuazione della logica di competizione tra aziende fornitrici hanno attivato una «catena di responsabilità» fortemente orientata alla ricerca di strumenti per razionalizzare le singole fasi del processo.

Probabilmente si è trattato di un «passaggio obbligato» in ossequio al principio di logica generale, recepito dalle teorie di management, secondo il quale in presenza di un problema «complesso» (organizzare la risposta a problemi di salute collegati ad una molteplicità di fattori) è opportuno spezzarlo in problemi più semplici, appunto le singole fasi di processo. Passaggio necessario anche in relazione a due altri elementi:

a) in assenza o in presenza di una debolissima cultura della razionalità economica e organizzativa da parte degli operatori del sistema è più agevole far entrare e far accettare tale cultura con riferimento ad ambiti ben

definiti e di immediato interesse (la razionalizzazione del proprio reparto, del proprio dipartimento, del proprio ospedale);

b) la mancanza o la debolezza di strumenti operativi idonei a valutare gli effetti di razionalizzazione dell'intera catena delle attività: in altri settori economici tale funzione è attribuita al mercato che, specie quando si avvicina alla forma della «concorrenza perfetta» (o perlomeno della «concorrenza atomistica») riesce a collegare gli ottimi parziali (delle singole fasi) all'ottimo generale (dell'intero processo economico), mentre in sanità il mercato o non esiste (si pensi alle attività di urgenza o al trattamento delle patologie cronico-degenerative), oppure è assai lontano dalla situazione di concorrenza perfetta.

In effetti, già da alcuni anni, il tema della razionalizzazione dell'intero processo assistenziale è stato «almeno posto all'attenzione» tramite strumenti quali i «percorsi diagnostico-terapeutici» (PDT), i percorsi del paziente, i «profili di cura», ma si è trattato in genere di semplici enunciazioni seguite solo da limitate sperimentazioni.

Anche il sistema di finanziamento del tipo «caso trattato» (DRG), pur costituendo un progresso rispetto al pagamento delle singole prestazioni o servizi o del budget globale (adottato in passato per le strutture pubbliche di offerta), ha contribuito a diffondere la cultura della «razionalizzazione parziale» che in molti casi è andata addirittura contro il principio della «unitarietà» dell'azienda (ospedale, U.S.L.).

Si pensi ai numerosi casi nei quali sono stati adottati sistemi che hanno cercato di selezionare i pazienti sulla base della «massimizzazione del margine di contribuzione diretta» (differenza tra tariffa DRG e costo diretto di produzione).

Mentre la sanità si muoveva verso sistemi che incentivavano la razionalizzazione delle singole fasi, le teorie aziendali e di management si muovevano in senso opposto, con l'elaborazione del paradigma della «catena del valore». Conseguenze pratiche di tale paradigma sono state le politiche di concentrazioni, fusioni, incorporazioni di imprese motivate dall'obiettivo di aumentare i profitti tramite la razionalizzazione dell'intera catena del valore.

Su una logica analoga dovrebbero ora muoversi le politiche sanitarie creando per i vari soggetti condizioni favorevoli per l'attivazione di interventi utili «a massimizzare il valore» per i pazienti e per la comunità lungo l'intera catena. Strumenti per favorire e rafforzare questo nuovo orientamento sono:

a) sistemi di finanziamento «legati alla condizione sanitaria complessiva della persona» applicabili nel caso di patologie cronico-degenerative, di disabilità gravi, ecc. (sistemi tipo disease management);

b) incentivazione di forme di organizzazione «a rete» nelle quali è possibile coniugare i vantaggi della specializzazione e quelli dell'integrazione.

Infatti, nelle «reti» operano soggetti autonomi che hanno la responsabilità sui livelli di efficacia, efficienza ed economicità per la attività di cui ognuno risponde direttamente, ma il collegamento a rete consente i seguenti vantaggi:

a) rendere disponibili per tutti i «soggetti» appartenenti alla rete le conoscenze maturate da qualunque altro soggetto della stessa (economia di diffusione e di disseminazione delle conoscenze);

b) favorire uno spirito collaborativo, contrario al fenomeno di «attrazione dei pazienti con patologie convenienti» suscitato dal sistema DRG,

in quanto il paziente viene avviato al punto della rete nel quale si ha la migliore combinazione tra natura e complessità della sua situazione di salute e natura-complessità della struttura di offerta (quindi senza lo spreco dovuto all'uso di strutture complesse per trattare situazioni semplici);

c) riduzione dei fenomeni del tipo duplicazione di accertamenti, perdita di informazioni sul paziente, non confrontabilità di parametri di varia natura in quanto all'interno della rete si applicano standard tecnici, modalità operative, linguaggi omogenei.

La logica delle reti di servizi e di «soggetti autonomi», che è assai diversa da quella della integrazione «monolitica» e «burocratica» che caratterizzava il modello delle UU.SS.LL. della legge 833/78, sembra essere favorevole anche al recupero di una maggiore integrazione tra «assistenza all'interno di strutture» (tipicamente ospedale) e «assistenza sul territorio» (medicina generale, specialistica ambulatoriale, ecc.).

Una terza linea di innovazione è collegata alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione: telemedicina, tele-sanità, teleassistenza. Esse consentono la raccolta, l'elaborazione, la trasmissione a distanza e a soggetti diversi, l'archiviazione nonché l'accesso (quando necessario) a informazioni e dati relative a pazienti, popolazioni più o meno estese con cui confrontare dati di singoli pazienti, ecc. In questo modo è possibile in molti casi superare le barriere di tempo e di spazio facendo arrivare le «conoscenze giuste, al posto giusto e nel momento giusto» (si pensi al teleconsulto o addirittura alla possibilità di simulare in anticipo interventi chirurgici o il controllo a distanza degli stessi).

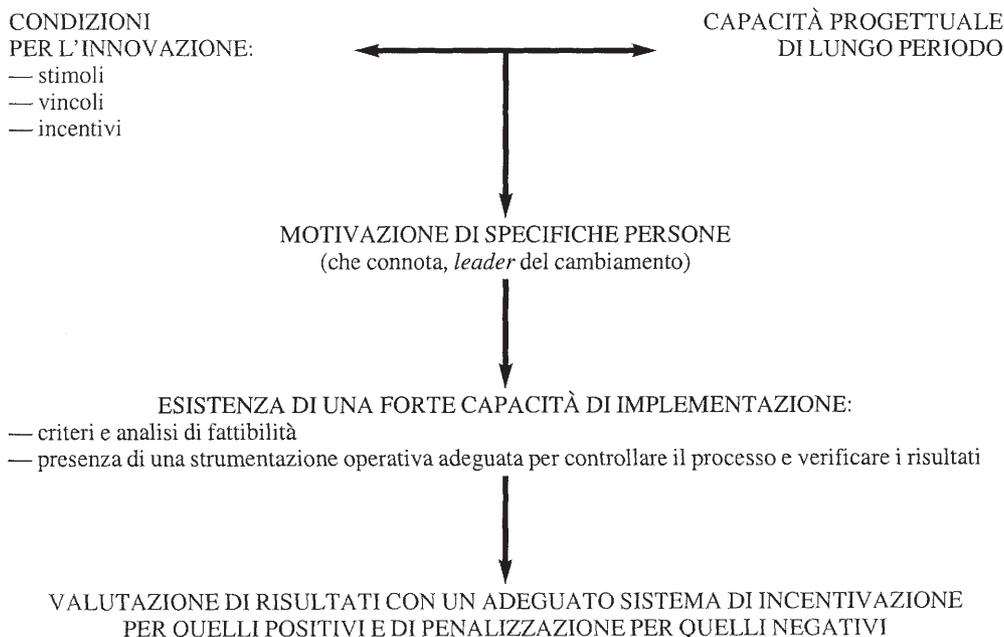
Tali tecnologie, tra l'altro, consentono un notevole abbattimento di molti costi dell'assistenza in quanto, ad esempio, consentono di portare cono-

scenze e capacità di risposta ai bisogni nei luoghi nei quali risiedono abitualmente i pazienti o in strutture nelle quali non è necessario installare attrezzature diagnostiche sofisticate e nelle quali non è necessario mantenere personale ad elevata specializzazione che, invece può essere concentrato in alcuni punti della rete. Ciò consente di abbattere i «costi fissi» e

di eliminare, o almeno attenuare, il fenomeno della «capacità produttiva» inutilizzata.

Spesso, quando si parla di innovazione si fa riferimento a contenuti, modelli, strumenti e ci si dimenticano gli aspetti di processo che sono altrettanto, se non più, importanti. Essi possono essere sintetizzati come nella figura seguente.

Chi crede nel cambiamento, chi opera per il cambiamento, chi vuole guidare il cambiamento verso obiettivi di migliore qualità di vita deve agire sulle conoscenze e sui contenuti, ma non deve mai dimenticare gli aspetti di motivazione delle persone (di leadership) e di processo (capacità di coinvolgere una molteplicità di soggetti).



Saggi e ricerche

Sezione 1^a

STRATEGIE, MODELLI E PERCORSI PER L'ATTUAZIONE DELLA DAY SURGERY

G. Casati¹, I. Mastrobuono², A. Tanese¹, M.C. Vichi¹

¹ SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

² Direttore Scientifico Tosinvest Sanità

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il concetto di *day surgery*: aspetti internazionali - 3. La stima della trasferibilità dal regime ordinario - 4. Le caratteristiche dell'offerta nelle strutture ospedaliere venete - 5. Lo studio dei casi aziendali - 6. Lo studio dei percorsi del paziente - 7. Valutazioni sullo stato di sviluppo della *day surgery* - 8. Prospettive, politiche e strumenti per lo sviluppo della *day surgery*.

In recent years economic reasons and competitive pressures led many hospitals to experiment and adopt day surgery as a possible alternative of traditional surgical admission. The study analyses the growth and diffusion of day surgery in public and private hospitals in a large (around 4.5 million inhabitants) region of north Italy (Veneto). Starting from an extensive research covering all the hospitals of the region, the article focuses on conditions that can sustain or make difficult the process of adoption of day surgery in terms of regional policies, managerial tools, organisational arrangements and definition of clinical pathways. The research is also a good example of tight co-operation among different actors involved since it is the result of joint efforts of researchers, healthcare organisations, scientific and professional associations, and pharmaceutical companies.

1. Premessa

In questo lavoro si presentano i risultati della ricerca «Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della *day surgery* nell'ambito delle regioni». La ricerca, sviluppata dal CeRGAS dell'Università L. Bocconi di Milano, è nata dalla collaborazione tra FIDS (Federazione italiana di *day surgery*), Glaxo Wellcome SpA e Roche SpA, ha avuto una durata di circa un anno e mezzo ed è stata quasi interamente realizzata nella Regione Veneto. Durante lo sviluppo del progetto, sono state coinvolte, complessivamente, 38 aziende sanitarie, pubbliche e private accreditate, delle quali 34 ubicate in Veneto (23 pubbliche e 11 private) e 4 distribuite sul territorio nazionale.

Coerentemente con gli obiettivi, la ricerca ha consentito di focalizzare l'attenzione su alcune tematiche, sviluppate nei paragrafi successivi, rite-

nute critiche nei processi di sviluppo della *day surgery*:

a) il concetto di *day surgery*: si tratta di un tema tutt'altro che definito. I dati di attività dei sistemi sanitari dei Paesi maggiormente industrializzati, infatti, pongono in chiara evidenza l'esistenza di un problema di definizione e di classificazione delle attività chirurgiche. Problematica che, in parte, si è cercato di risolvere mediante la definizione di «liste» di interventi e procedure chirurgiche invasive eseguibili in regime di *day surgery*. Nonostante gli sforzi fino ad ora compiuti, tuttavia, si registra una forte disomogeneità nelle modalità di classificazione tra Paesi e tra le regioni italiane molte delle quali non hanno, fino ad oggi, stabilito liste di riferimento (paragrafo 2);

b) l'analisi del regime assistenziale adottato per pazienti eleggibili in *day surgery*: in tal modo è stato possi-

bile determinare il numero di pazienti trattati in regime di *day surgery* e, per l'intera regione sperimentatrice, la stima dei pazienti potenzialmente trasferibili al regime diurno sulla scorta dei dati di attività dell'ultimo esercizio disponibile all'epoca dello studio (paragrafo 3);

c) l'assetto dell'offerta di *day surgery* nella regione sperimentatrice: in altri termini si è cercato di comprendere le caratteristiche strutturali-logistiche ed organizzative interne delle unità ospedaliere, pubbliche e private accreditate, con attività di *day surgery* all'epoca dello studio (paragrafo 4);

Il presente articolo è il frutto del lavoro congiunto degli autori. Solo ai fini della stesura è possibile attribuire a G. Casati i paragrafi 1, 4 e 7, a I. Mastrobuono i paragrafi 2 e 8, ad A. Tanese il paragrafo 5 e a M.C. Vichi i paragrafi 3 e 6.

d) l'analisi del processo di cambiamento, interno aziendale, che ha portato all'adozione di specifici assetti organizzativi e di offerta della *day surgery*. Tale segmento della ricerca, condotto presso cinque aziende sanitarie del Veneto (1), ha consentito di evidenziare le modalità con le quali si sono sviluppati i principali processi di cambiamento aziendale legati all'avvio ed al definitivo assetto organizzativo della *day surgery* e, per converso, di identificare le principali leve aziendali a tale scopo (paragrafo 5);

e) l'analisi dei principali processi produttivi gestiti in regime di *day surgery*: la ricostruzione, analisi e comparazione dei percorsi del paziente, in regime di *day surgery* ha consentito, oltre ad evidenziare le maggiori differenze procedurali esistenti tra aziende, di giungere ad una prima stima dei costi di processo al fine di valutare le differenze esistenti con omogenei processi gestiti in regime ordinario e le politiche tariffarie definite, oltre che dalla Regione Veneto, nei diversi sistemi sanitari regionali del nostro Paese (paragrafo 6).

I risultati della ricerca hanno consentito di sviluppare una serie di valutazioni, esplicitate nel paragrafo 7, sui principali fattori di criticità che favoriscono o rallentano lo sviluppo della *day surgery*. L'insieme delle analisi condotte, inoltre, ha consentito di creare le basi conoscitive sia per l'impostazione o l'affinamento delle politiche regionali in materia, sia per la definizione delle azioni da compiere a livello aziendale al fine di sviluppare e consolidare la *day surgery* (paragrafo 8). Con riferimento a quest'ultimo aspetto, in particolare, ci si riferisce alla definizione dei possibili modelli organizzativo-strutturali di *day surgery* (posti letto dedicati, unità di degenza dedicata e unità autonome) e alla elaborazione, con riferimento a

ciascun modello strutturale, dei più adatti modelli organizzativi e delle relative procedure operative, quali i sistemi di programmazione dell'attività, modalità di integrazione tra unità organizzative, strutturazione dei percorsi-paziente, progettazione sistemi informativi di supporto, ecc.

2. Il concetto di *day surgery*: aspetti internazionali

La chirurgia sta subendo, in tutto il mondo, grandi trasformazioni legate all'avanzamento tecnologico ed al miglioramento nella diagnosi e cura di molte patologie. È il settore della medicina nel quale sono avviati anche i maggiori interventi di riorganizzazione, alla luce dell'invecchiamento delle popolazioni, della possibilità di intervenire su pazienti sempre più anziani o molto giovani, dell'aumento dei costi dei servizi e delle prestazioni erogati. È anche il settore nel quale si registra la maggiore riduzione del numero di posti letto, mentre sempre più pazienti sono trattati in regime diurno. Per quanto riguarda la chirurgia, lo scenario che si sta aprendo è sostanzialmente quello di una diversificazione del flusso dei pazienti, una parte dei quali è tradizionalmente ricoverata per i grandi e medi interventi chirurgici, un'altra trattata secondo modelli organizzativi aperti per gli interventi generalmente definiti «minori». Il limite, tuttavia, tra interventi maggiori/medi e minori non è così semplice da stabilire: un intervento può essere considerato minore o maggiore non solo in relazione alla sua intrinseca complessità, ma anche in relazione alle specifiche condizioni del paziente. Per contro, il progresso nelle tecniche chirurgiche, ed il miglioramento di quelle anestesologiche, comporta uno spostamento di molti interventi, oggi definiti di media com-

plexità, verso quelli considerati «minori».

Ciò consente di comprendere perché, a livello mondiale, laddove sono state elaborate delle liste di interventi chirurgici effettuabili in regime diurno, esse siano sempre state di riferimento e mai vincolanti.

Un ulteriore problema rilevante riguarda la formulazione delle liste, contenenti la definizione di ciò che è possibile trasferire in regime diurno: in esse compaiono non solo gli interventi chirurgici, in senso stretto, ma anche le procedure invasive e seminvasive, comportanti comunque l'esecuzione di un atto invasivo. Tali aspetti si ripercuotono sulla rilevazione dello stato dell'arte, a livello internazionale, degli atti chirurgici effettuati in regime diurno, e della relativa organizzazione, particolarmente ardua considerati i seguenti fattori:

1) cosa si intenda con il termine di «intervento chirurgico» e di «procedura invasiva»;

2) cosa si intenda con i termini di *ambulatory* e *day surgery*;

3) il ruolo del pernottamento e delle liste degli interventi da effettuare in regime di «ambulatory/day surgery»;

4) le sedi di attuazione dell'«ambulatory/day surgery».

Per quanto riguarda la definizione del termine «intervento chirurgico», generalmente tradotto in lingua inglese con «operation/surgery», relativamente alla tipologia degli atti riconosciuti, in altre parole se solo interventi chirurgici od anche procedure invasive, occorre rilevare che la questione non è di minore importanza. La differente classificazione è condizionata dalle politiche sanitarie e, in particolar modo, dai sistemi di finanziamento/rimborso e genera implicazioni rilevanti sia sugli assetti organizzativi che sui criteri di sicurezza da adottare. Dai confronti internazionali, come

evidenziato in tabella 2.1, emergono Paesi nei quali il numero di atti chirurgici effettuati appare di gran lunga più elevato rispetto ad altri, in rapporto alla popolazione di riferimento. Differenze certamente non giustificabili in ragione della popolazione (Francia, Regno Unito e Italia si presentano con una situazione molto simile) o per differenti approcci chirurgici nonostante i grandi progressi della chirurgia che si sono registrati in Paesi come gli Stati Uniti.

Negli USA, che presenta un tasso operatorio di 160/1000 abitanti, sono incluse nel termine «operations» le biopsie dell'apparato digestivo per via endoscopica, mentre alcune procedure invasive come le endoscopie diagnostiche, le cistoscopie e le arteriografie con mezzi di contrasto non vi sono ricomprese.

In Francia ed in Inghilterra, al contrario, le procedure invasive e seminvasive (endoscopie digestive, diagnostiche e terapeutiche, cistoscopie, ecc.) sono ricomprese nel termine «intervento chirurgico», il che porta i tassi operatori rispettivamente a 162/1000 abitanti, in Francia e a 104/1000, in Inghilterra.

In Italia, invece, il numero di interventi chirurgici appare più basso, così come più basso è il tasso operatorio (60/1000), a dimostrazione di una serie di problemi che dovrebbero essere maggiormente indagati e che riguardano, tra gli altri, la cura con la quale viene compilata la cartella clinica, e quindi la SDO, nonché il fatto che molte procedure, non effettuate in sala operatoria, assorbono risorse analoghe a quelle di interventi tradizionali e sono incluse ancora nei DRG medici.

Il problema di definire cosa si intenda con il termine «intervento chirurgico» si riflette, ovviamente, anche sul concetto di *day surgery* e sulle relative percentuali rispetto al totale degli in-

terventi effettuati a livello nazionale in un determinato Paese.

Difficoltà si sono quindi sempre registrate nel confronto tra i diversi Paesi, così come ha potuto rilevare la IAAS (*International Association for Ambulatory Surgery*), fondata da 14 Paesi tra i quali l'Italia, che ha avviato una indagine in collaborazione con l'OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) per conoscere lo stato dell'arte della *ambulatory/day surgery*.

Per questa ricerca si è inteso con il termine «ambulatory surgery» la possibilità di effettuare interventi chirurgici di elezione in anestesia generale o locale, prima condotti in regime di ricovero ordinario in reparti tradizionali e con pernottamento, in regime diurno, senza pernottamento, ma in strutture adeguate in termini di attrezzature ed organizzate per la sorveglianza post operatoria.

È da notare che tale definizione ha ristretto il campo di indagine ai soli interventi chirurgici effettuati in unità dedicate e specializzate e non ha consentito di indagare gli altri possibili modelli organizzativi.

Dalla ricerca è emerso che le percentuali più alte di *ambulatory/day surgery*, oltre il 50%, si sono registrate per i seguenti Paesi:

- 1) USA,
- 2) Canada,
- 3) Olanda,
- 4) Nuova Zelanda.

I dati oggetto d'analisi, presentati nella tabella 2.2, mostrano fenomeni di forte variabilità tra Paesi, anche in relazione ad una medesima patologia come nel caso dell'artroscopia del ginocchio raggiunge percentuali del 93% negli USA e del 2% in Portogallo, evidenziando chiaramente le differenze esistenti in politica sanitaria, tecnologia e cultura tra i diversi Paesi.

Ciò è da mettere in relazione al concetto di *day surgery* che prevede in Portogallo, così come in Spagna, l'esclusione di tutte le procedure. I dati esposti, inoltre, esprimono le grandi differenze di tipo interpretativo riguardanti i concetti di *ambulatory* e *day surgery* in quanto, nella maggior parte dei Paesi europei, il termine «day surgery» si riferisce ad atti chirurgici, effettuati nell'arco della giornata senza pernottamento, mentre negli Stati Uniti il termine «ambulatory surgery» si riferisce ad interventi e procedure da effettuare nell'arco delle 23 ore, così come previsto nel programma *Medicare*, anche se nelle strutture dedicate il paziente viene dimesso sempre in giornata.

Un altro aspetto di grande importanza riguarda la sede dove le attività di «ambulatory/day surgery» sono effettuate. Sempre dalla precedente tabella 2.2 si rileva, ad esempio, che le percentuali relative alla legatura e *stripping* delle vene effettuate in *day surgery* variano dall'11.1% dell'Australia all'80.5% degli USA. In Australia, infat-

Tabella 2.1

Paese	Popolazione 1996 ¹	Interventi chirurgici
Stati Uniti	265.557.000	23.739.000
Regno Unito	58.782.000	6.115.000 ²
Francia	58.380.000	9.426.295 ³
Italia	57.473.000	3.519.732

¹ Fonte: OECD.² Elaborazione ASSR.³ Fonte rapporto CREDES.

Tabella 2.2

Gruppo	AUS	B	CDN	DK *	SF *	D *	IRL	L	NL *	NZ	P	UK	US *
Anno	1996	1995	95-96	1995	1995	1994	1995	1995	1995	1995	1995	1995	1994
1 Artroscopia del ginocchio.....	39,5	30,6	91,3	44,9	6,1	45,5	50,7	5,4	77,6	57,4	2,5	59,8	93,5
2 Estrazione dentale	41,4	60,5	94,6	78,3			65,1	90,6	61,8	78,3	42,5	67,4	100,0
3 Chirurgia della cataratta	35,2	28,3	94,5	72,7	33,3	24,4	11,1	14,3	29,3	43,2	0,3	37,1	96,9
4 Ernia inguinale e femorale	14,6	7,1	44,3	20,3	15,9	5,2	2,6	3,2	22,8	36,7	5,9	25,3	84,4
5 Dilatazione e curettage dell'utero	45,6	42,7	90,3	45,3	51,6	28,0	39,9	10,6	45,8	57,4	33,7	57,6	92,5
6 Legamento e stripping delle vene	11,1	22,2	63,9	31,6	27,2	49,0	16,1	2,5	35,2	40,2	2,3	34,6	80,5
7 Tonsillectomy w. or w/o adenoidectomy ..	1,6	32,4	50,4	2,3	3,0		0,4	0,7	85,0	23,7	2,0	2,4	89,3
Adenoidectomia	34,3	73,7	89,4		38,4		2,5	18,5	96,8	85,9	4,2	21,1	100,0
8 Miringotomia	47,5	73,6	98,5	36,0	85,2		78,2	28,0	98,4	86,8	3,7	75,5	96,5
9 Sterilizzazione laparoscopica	44,4	33,7	85,3	5,5	56,2		57,7	0,7	90,9	81,6	23,7	72	95,8
10 Chirurgia dello strabismo	34,8	11,0	86,8	59,2	42,2		16,7	4,5		73,8	4,0	40,3	
11 Resezione sottomuocosa (ORL).....	5,2	4,3	73,3	18,9			6,0	7,1	9,9	3,1	6,2	4,0	100,0
12 Escissione di nodulo al seno.....	37,9	15,3	88,2	37,7	12,6	11,4	60,9	6,5	42,2	55,1	14,4	47,6	93,9
13 Metodiche (esami) anali	27,0	16,5	57,5	20,9	17,7		49,1	43,7	28,6	24,3	8,9	41,6	78,6
14 Circoncisione	44,3	61,4	32,9	44,9	59,0	52,9	55,3	24,3	92,3	69,7	33,2	66,0	84,4
15 Dupuytren	24,1	35,7	87,6	36,8	43,8	41,5	5,6	2,1	62,8	38,3	24,5	24,7	100,0
16 Decompressione del tunnel carpale	40,4	67,7	97,3				32,7	12,7	79,8	75,1	23,8	75,6	98,0
17 Orchidopessi-Varicocele	34,0	24,5	70,4	18,7	15,7		30,0	4,6	54,7	38,9	17,3	51,3	100,0
18 Impianto mezzi di sintesi	34,5	39,5	76,4	33,2		13,0	44,8	42,9	50,7	46,1	6,3	30,6	83,0
Totale 1-18	35,0	39,2	79,2	41,3	32,2		37,6	19,3	57,8	58,2	10,4	46,3	93,2
19 Colecistectomia laparoscopica	0,6	0,0	10,4				0,2	0,0	0,0	0,4	0,2	0,5	35,9
20 Isterectomia vaginale	0,1	0,0	0,1	1,9			0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,4	2,9
Totale 19-20	0,4	0,2		1,9			0,1	0,0	0,0	0,4	0,2	0,5	27,0

I valori sono espressi in percentuale.

* Uno o alcuni gruppi mancano.

ti, lo *stripping* delle vene varicose viene condotto negli ambulatori dei medici e meno frequentemente nei reparti ospedalieri o nelle strutture dedicate alla *day surgery*, se non in particolari circostanze legate alle condizioni generali del paziente e con diverse modalità di finanziamento tra *day surgery* e prestazioni ambulatoriali.

Diversa, dunque, appare la situazione di quella che viene definita come «office-based ambulatory surgery», e cioè la possibilità che alcuni interventi, effettuati in ospedale e nelle *free standing*, siano eseguibili anche negli ambulatori dei medici, ubicati sia all'interno che all'esterno degli ospedali o case di cura.

Negli USA, l'«office based ambulatory surgery» è tornata recentemente alla ribalta per due ordini di motivi:

— i problemi relativi alla sicurezza del paziente;

— gli aspetti economico-finanziari.

Alcuni drammatici eventi occorsi in alcuni Stati dell'Unione hanno spinto le istituzioni a pronunciarsi sugli aspetti riguardanti la *office based ambulatory surgery* attraverso l'emaneazione di linee guida da parte di tre Stati.

Secondo dati pubblicati sulla rivista *Ambulatory surgery* (organo ufficiale della IAAS), dal 1984 al 1990 gli atti chirurgici e le procedure effettuate a livello ambulatoriale, negli USA, sono passati da 400.000 ad oltre 1.200.000 l'anno e per il 2001 il *Marketing Group* (SMG) di Chicago, che ha condotto uno studio specifico a riguardo, stima che l'aumento percentuale di tali attività si porti ad un valore del 14%.

Attualmente, negli Stati Uniti i principali programmi nazionali *Medicare* e *Medicaid* non rimborsano le prestazioni effettuate a livello ambulatoriale, fatta eccezione per alcune procedure ed interventi minori, quindi l'eventuale sviluppo del settore dipende, come sottolineato dalla SMG, dalla capacità dei singoli professionisti di erogare un'assistenza di qualità a costi competitivi rispetto alle *Free standing units*, le strutture più diffuse negli Stati Uniti per il trattamento dei pazienti in regime di *ambulatory/day surgery*.

L'atteggiamento di altri Paesi su questo argomento non è univoco. Ad esempio, nel Regno Unito, dove il trattamento ambulatoriale di pazienti chirurgici non è così diffuso, il problema sembra interessare ed investire soprattutto gli odontoiatri. Ed infatti, nel 1990 con il *Poswillo Report*, si defini-

rono i requisiti minimi per l'effettuazione dell'anestesia generale, da evitare, per quanto possibile, in ambulatorio a favore della sedazione.

Per quanto riguarda, invece, le sedi dove può essere effettuata la *day surgery* sono le seguenti, negli USA, Australia e Canada:

- in ospedale;
- nelle unità autonome dedicate (*free standing units, centres*).

Negli ospedali statunitensi l'*ambulatory/day surgery* è praticata in reparti dedicati esclusivamente alla *day surgery*, mentre le *free standing units* sono edifici dedicati che possono essere localizzati nell'area di un ospedale (*free standing on campus*) ma che possono essere anche posti lontano da un ospedale. Attualmente, negli USA, le *free standing units* sono 2400 e 2200 sono gli interventi e le procedure che sono rimborsate dal sistema *Medicare* a tali strutture.

In Francia le strutture presso le quali possono essere effettuate attività di *ambulatory/day surgery* sono così classificate:

- *centres satellites*, da considerare quali reparti dedicati, che costituiscono la maggioranza e sono situati negli ospedali o case di cura e dispongono di propri locali e sale operatorie;
- *centres independants*, anche posti lontano dagli ospedali, del tutto simili alle *free-standing* statunitensi;
- *centres intégrés*, localizzati all'interno degli ospedali e che utilizzano le sale operatorie comuni.

In Spagna la *Major Ambulatory surgery* è prevalentemente effettuata in reparti dedicati.

In Germania le attività di *ambulatory/day surgery* all'interno degli ospedali sono svolte prevalentemente in posti letto dedicati ed in reparti dedicati, mentre nel settore privato sono numerosissime le *free standing units* (1500).

In conclusione, le attività di *ambulatory/day surgery* all'interno degli ospedali sono effettuate, nella maggior parte dei casi, in unità di degenza dedicate, che possono usufruire di sale operatorie dedicate e di spazi autonomi; si tratta del modello più diffuso perché funzionale alla realtà della maggior parte degli ospedali di medie dimensioni. Il secondo modello più diffuso è rappresentato dalle *free standing units*, edifici dedicati, autonomi, pubblici o privati. Quelli pubblici sono spesso localizzati nell'ambito di un campus ospedaliero; si tratta, in questi casi, di grandi ospedali, spesso sede universitaria, con un numero di interventi chirurgici elevato (superiore a 10.000 interventi chirurgici l'anno), per i quali l'individuazione di una struttura di questo tipo è legata ad aspetti di migliore organizzazione del lavoro e di convenienza. Le *free standing units*, prevalentemente ma non esclusivamente private, possono essere però localizzate anche lontano dagli ospedali: si tratta di strutture molto diffuse negli USA, Australia e Germania, nella maggior parte dei casi autorizzate per almeno 700 interventi chirurgici l'anno.

3. La stima della trasferibilità dal regime ordinario

Valutare la trasferibilità di un processo assistenziale da un livello di assistenza (ricovero ordinario) ad un altro, quale la *day surgery*, significa individuare criteri che consentano di comprendere quali possono essere i fattori che condizionano la scelta e l'opportunità tra le due alternative possibili. Se, inoltre, la trasferibilità deve essere ricercata, non rispetto al singolo paziente portatore di un problema, ma all'interno di informazioni inerenti a centinaia di migliaia di persone che hanno già risolto il problema di salute chirurgicamente, delle quali

restano le informazioni sulla scheda nosologica (scheda di dimissione ospedaliera - Sdo), questo significa che tali criteri devono presentare caratteristiche sempre individuabili e riproducibili nelle informazioni che si dispongono circa gli stessi pazienti trattati.

Lo scopo del presente paragrafo è illustrare la metodologia utilizzata al fine di stimare il numero e la tipologia di casi trattati in regime di ricovero ordinario, durante l'anno 1997 nella Regione Veneto, comportanti l'effettuazione di procedure chirurgiche e di interventi, potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* e i principali risultati dell'analisi compiuta.

Le informazioni quali-quantitative relative all'erogazione dei servizi sanitari ospedalieri della Regione Veneto sono stati desunti dal *data-base* regionale contenente la registrazione delle schede di dimissione ospedaliere (Sdo).

Del complessivo *data-base*, costituito da 830.179 *record* relativi a ricoveri ordinari, sono state individuate ed utilizzate le informazioni che consentissero di ottenere analisi approfondite relative alle caratteristiche dei pazienti trattati; altre informazioni hanno consentito l'analisi di particolari indicatori pertinenti ai ricoveri effettuati.

Il primo passo metodologico corrisponde ad una prima filtrazione dei dati a disposizione, attraverso l'utilizzo di due liste (2) rappresentanti le procedure e gli interventi eseguibili in regime di *day surgery*, al fine di individuare i ricoveri ordinari in cui fossero avvenuti con certezza una procedura o un intervento potenzialmente trasferibile in *day surgery*.

La filtrazione dei dati ha condotto alla creazione di due nuovi *data-base*, originanti dal primo, contenenti i *record* relativi ai ricoveri ordinari che avevano comportato l'esecuzione di un atto chirurgico, secondo i riferi-

menti assegnati: le indicazioni suggerite dalla Regione Veneto e le indicazioni suggerite dalla Fids. Le successive analisi sono proseguite, quindi, su due *data-base* separati, diversi tra loro quali-quantitativamente.

Dai due *data-base* sono stati scorpati ed esclusi i *record* che:

— possedevano la menzione di diagnosi secondarie nel presupposto che tali pazienti non sono sempre idonei al trattamento chirurgico in regime di *day surgery*. I casi, dichiarati con menzione di diagnosi secondarie, sono stati, in seguito, riconsiderati per ulteriori analisi;

— possedevano l'urgenza come modalità di ammissione: il regime di *day surgery* è caratterizzato dalla programmazione dell'approccio diagnostico e chirurgico;

— possedevano come modalità di dimissione «paziente deceduto»;

— erano relativi a pazienti di età inferiore ai 30 giorni.

I *record* selezionati, considerati validi ai fini della ricerca, sono stati quelli caratterizzati dalla presenza di una sola diagnosi descritta (tra le quattro possibili a disposizione) definita come «diagnosi principale» (3). Nei dati illustrati più avanti sarà indicato quando l'analisi in oggetto è stata effettuata anche sui *record* contenenti le ulteriori diagnosi secondarie (4).

Le analisi successivamente effettuate sono, in sintesi:

a) la degenza media osservata nell'ambito complessivo dei casi;

b) l'età: sono stati selezionati i *record* dei pazienti in diverse fasce di età tra cui i pazienti con età compresa tra 65 e 75 anni e oltre i 75 anni; inoltre sono stati selezionati anche i pazienti di età compresa tra i 30 giorni ed i 6 mesi e tra 6 mesi e tre anni;

c) la correlazione dell'età dei pazienti, suddivisa per fasce, alla degenza media;

d) la degenza media preoperatoria;

e) la degenza media postoperatoria;

f) il sesso dei pazienti trattati;

g) le diagnosi e le procedure più frequenti;

h) le diagnosi più frequenti correlate alle procedure più frequenti;

i) la potenziale trasferibilità.

I passi metodologici descritti per l'identificazione dei *record* (relativi ai ricoveri ordinari) potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery*, hanno determinato i primi seguenti risultati:

a) applicando la lista della Regione Veneto, i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili, senza menzione di diagnosi secondarie, sono, in totale, 60.384. Questo volume rappresenta il 7,27% della produzione complessiva in regime di ricovero ordinario, della Regione Veneto, comprendendo sia i ricoveri chirurgici sia quelli medici. Prendendo in considerazione esclusivamente i ricoveri chirurgici, in regime ordinario erogati dalla Regione Veneto (complessivamente 274.395), i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in *day surgery* rappresentano il 22% della

produzione chirurgica complessiva (grafico 3.1);

b) applicando la lista Fids, i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili, senza menzione di diagnosi secondarie, sono, in totale, 71.217. Questo volume rappresenta l'8,57% della produzione complessiva in regime di ricovero e il 25,95% con riferimento ai soli ricoveri chirurgici (grafico 3.2).

La degenza media dei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in *day surgery*

È stata analizzata la durata di degenza (da zero a dieci giornate) dei ricoveri ordinari, potenzialmente trasferibili in *day surgery*. I ricoveri, di questo primo elaborato, comprendono tutti i casi di ricovero ordinario, non aventi menzione di diagnosi secondarie. Con l'utilizzo della lista della Regione Veneto, il 54,14% dei casi, in esame, ha comportato una durata media compresa tra zero e due giorni di degenza. L'utilizzo della lista Fids ha evidenziato un fenomeno alquanto sovrapponibile (52,49%).

Questo dato deve essere interpretato come indicatore del tasso di interventi chirurgici, immediatamente tra-

Grafico 3.1 - Percentuale trasferibilità ricoveri ordinari (lista Regione Veneto)

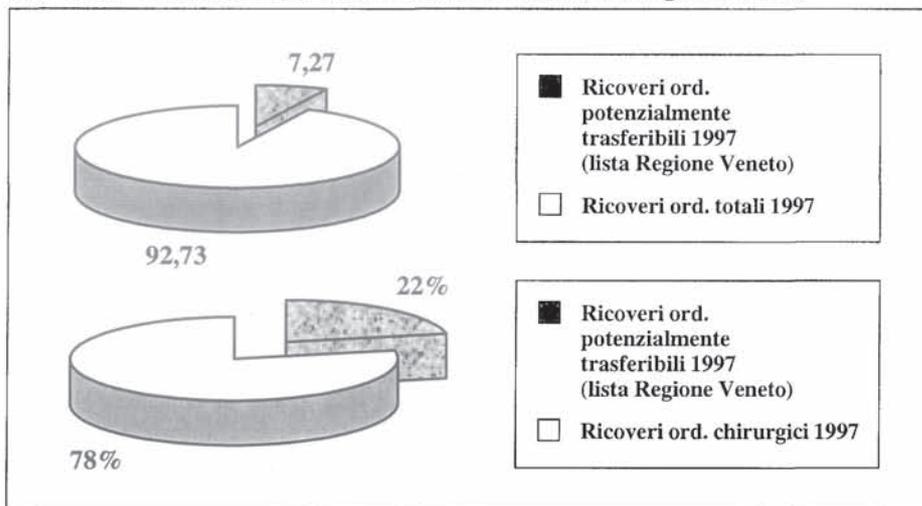
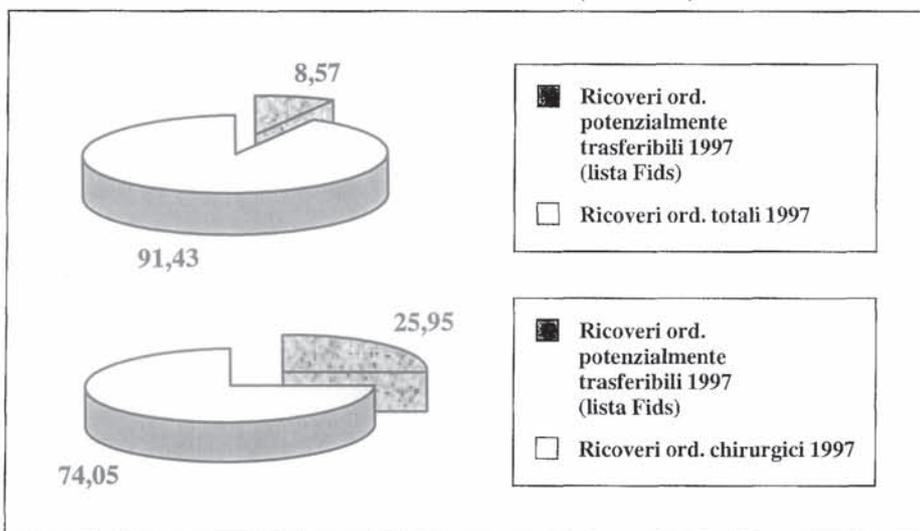


Grafico 3.2 - Percentuale trasferibilità ricoveri ordinari (lista FIDS)



sferibili in regime di *day surgery* in presenza di un'adeguata struttura organizzativa; due giorni di degenza sono, infatti, il tempo minimo richiesto per l'esecuzione degli accertamenti preoperatorii e per l'osservazione postoperatoria in ricovero ordinario.

È stato possibile considerare anche i casi trattati e dichiarati con diagnosi secondarie: considerando anche questi ultimi, la percentuale di casi trattati, completanti il processo di diagnosi e cura nell'arco di due giorni sono il 48,51% per la lista della Regione Veneto e il 43,32% per la lista Fids.

La degenza media preoperatoria dei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in day surgery

Il processo di cura dei pazienti è stato separato in due fasi: la degenza che precede l'intervento chirurgico e quella che segue l'effettuazione dello stesso.

Anche in questo caso, l'analisi è stata condotta sia nei ricoveri senza menzione di diagnosi secondarie, sia con menzione di diagnosi secondarie.

I dati, ottenuti, con l'utilizzo della lista della Regione Veneto, indicano

una percentuale dello 89,86% di casi (senza menzione di diagnosi secondarie) che hanno completato la valutazione diagnostica e preoperatoria entro i due giorni di degenza (tabella 3.1).

Tabella 3.1

REGIONE VENETO			
RICOVERI ORDINARI senza menzione di diagnosi secondarie TRASFERIBILI lista Regione Veneto			
Giorni degenza preoperatoria	Numero di casi	% sul totale dei ricoveri ordinari trasferibili	% di casi 0-2 gg. degenza preoperatoria
0	13.624	22,56	89,86
1	32.944	54,56	
2	7.691	12,74	

Tabella 3.2

REGIONE VENETO			
RICOVERI ORDINARI senza menzione di diagnosi secondarie TRASFERIBILI lista Fids			
Giorni degenza preoperatoria	Numero di casi	% sul totale dei ricoveri ordinari trasferibili	% di casi 0-2 gg. degenza preoperatoria
0	18.405	25,84	88,21
1	35.566	49,94	
2	8.855	12,43	

Utilizzando, altrimenti, la lista Fids, tale percentuale è dello 88,21% (tabella 3.2).

Focalizzando ulteriormente l'attenzione sulle precedenti tabelle, si nota che nel 22,56% dei casi (secondo la lista della Regione) e nel 25,84% dei casi (lista Fids) la durata della degenza media preoperatoria è pari a zero giornate. Questo dato è fortemente indicativo dell'acquisizione di logiche relative a valutazioni preoperatorie propedeutiche al ricovero (preospedalizzazione), simili, dal punto di vista organizzativo, alla *day surgery*.

Nel 54,56% dei casi trattati (lista Regione) e nel 49,94% (lista Fids) la durata di degenza media preoperatoria è pari ad un giorno; di due giorni rispettivamente per il 12,74% (lista Regione) e il 12,43% (lista Fids).

Tali dati esprimono, verosimilmente, un parziale approccio all'attuazione di logiche organizzative che ben

potrebbero essere supportati dalla presenza della *day surgery*.

L'acquisizione di un modello alternativo di assistenza al regime di ricovero ordinario, in questi ultimi casi sembrerebbe ancora più appropriata in considerazione dell'assenza di diagnosi secondarie menzionate rispetto al profilo di diagnosi e cura e degli ulteriori criteri utilizzati dalla metodologia del programma di ricerca al fine di filtrare i complessivi ricoveri ordinari. A questo proposito, appare interessante una considerazione circa le giornate di degenza preoperatoria: utilizzando i dati raccolti secondo la lista della Regione Veneto, appare chiaro che i pazienti con degenza media preoperatoria pari a zero sono già, su un piano sostanziale, *day surgery*, per quanto il paziente permanga in regime di ricovero ordinario.

Le stesse analisi sono state effettuate aggiungendo ai dati a disposizione, senza menzione di diagnosi secondarie, anche i casi dichiarati in presenza di diagnosi secondarie.

Considerando anche tali casi, nell'86,49% (secondo la lista della Regione) e nello 81,80% dei casi (secondo la lista Fids), si è osservata una significativa presenza di casi trattati tra zero e due giornate di degenza preoperatoria.

La degenza media postoperatoria dei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in day surgery

La degenza postoperatoria compresa tra zero ed un giorno può essere considerata un indicatore certo di trasferibilità di un intervento in *day surgery*, essendo segno della necessità di un limitato periodo di osservazione postoperatoria.

I casi trattati, senza menzione di diagnosi secondarie, con degenza postoperatoria compresa tra zero e un giorno raggiungono la percentuale del

60,7%, secondo la lista della Regione Veneto. Utilizzando la lista Fids la percentuale è del 58,56 %.

In particolare, nello 8,07% (lista Regione Veneto) e nel 10,12% (lista Fids) dei casi trattati, la durata di degenza postoperatoria è di zero giorni. Questo dato è fortemente indicativo di un'attuale effettuazione in regime di ricovero ordinario di procedure e/o interventi effettivamente ed immediatamente trasferibili in regime di *day surgery*.

Nel 52,63% dei casi (lista Regione) e nel 48,45% (lista Fids), i casi, senza diagnosi secondarie menzionate, terminano la degenza postoperatoria in un giorno.

Nel particolare, secondo la lista della Regione Veneto, la percentuale dei casi con menzione di diagnosi secondarie, che completano la degenza postoperatoria entro un giorno dall'avvenuto intervento, è del 55,04%; è del 49,70 % secondo la lista Fids.

Le fasce d'età rappresentate nei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in day surgery

Sono state rappresentate sette fasce d'età: i pazienti con un'età compresa tra 30 giorni e sei mesi; tra sei mesi e tre anni; tra tre e 12 anni; tra 12 e 18

anni, tra 19 e 65 anni; tra 65 e 75 anni; oltre i 75 anni (tabella 3.3). Le motivazioni che hanno portato a considerare anche i pazienti tra 30 giorni e sei mesi di vita e i pazienti ultra settantacinquenni sono da far ricadere nei limiti che frequentemente sono riscontrati in molte esperienze internazionali.

Tale indagine è stata effettuata solo sui casi trattati senza menzione di diagnosi secondarie.

Nella complessiva rappresentazione dell'analisi, il dato importante che emerge è la dimensione relativa alla fascia di pazienti che superano i 75 anni d'età: secondo la lista della Regione Veneto la percentuale è il 18,12. Secondo la lista Fids tale percentuale è il 18,13.

L'analisi è stata condotta in due tempi: dapprima è stata valutata la potenziale trasferibilità dei casi in regime di ricovero ordinario in *day surgery* comprendendo solo i casi trattati senza menzione di diagnosi secondarie.

In un secondo tempo è stata valutata la potenziale trasferibilità comprendendo anche i casi con menzione di diagnosi secondarie. In entrambi i casi, sono stati anche utilizzati esclusivamente, ai fini di una più corretta stima, i ricoveri ordinari compresi in una

Tabella 3.3 - La rappresentazione dell'età

REGIONE VENETO		
RICOVERI ORDINARI senza menzione di diagnosi secondarie TRASFERIBILI		
Età rappresentata	% sul totale dei ricoveri ordinari trasferibili (lista Regione Veneto)	% sul totale dei ricoveri ordinari trasferibili (lista Fids)
Tra 30 giorni e 6 mesi	0,09	0,27
Tra 6 mesi e 3 anni	0,76	1,06
Tra 3 e 12 anni	6,14	5,02
Tra 13 e 18 anni	2,57	2,30
Tra 19 e 65 anni	58,42	58,69
Tra 65 e 75 anni	13,90	14,52
Oltre i 75 anni	18,12	18,13

durata di degenza di tre giorni complessivi.

La potenziale trasferibilità dei ricoveri ordinari senza menzione di diagnosi secondarie

I ricoveri chirurgici totali della Regione Veneto durante il 1997, desunti dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera dalla stessa Regione, sono stati 274.395.

I ricoveri ordinari, senza menzione di diagnosi secondarie, potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* (utilizzando la lista della Regione) sono, complessivamente, 60.384 nel 1997 mentre, l'effettiva *day surgery* erogata, è di 30.599 casi, per un totale di 90.983 casi.

Volendo comprendere nell'analisi tutti i ricoveri ordinari, senza menzione di diagnosi secondarie, la percentuale di trasferibilità complessiva è del 22,01%. Utilizzando i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* compresi nella durata di degenza di tre giorni, tale percentuale scende al 16,66%.

Utilizzando la lista Fids, i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili, senza menzione di diagnosi secondarie, sono 71.217 e la *day surgery* effettiva è rappresentata da 18.068 casi. La percentuale di trasferibilità è del 25,95%. Tenendo conto solo dei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* sino a tre giorni di durata di degenza complessiva, la percentuale di trasferibilità scende a 18,23%.

La potenziale trasferibilità dei ricoveri ordinari aventi anche menzione di diagnosi secondarie

I ricoveri ordinari, compresi anche i casi con menzione di diagnosi secondarie, potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* (utilizzando la li-

sta della Regione) sono stati, complessivamente, 86.945 nel 1997. Volendo comprendere nell'analisi i ricoveri ordinari, senza e con menzione di diagnosi secondarie, la percentuale di trasferibilità complessiva è del 31,69%. Utilizzando i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* compresi nella durata di degenza di tre giorni, tale percentuale scende al 21,30%.

Utilizzando la lista Fids, i ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili, senza e con menzione di diagnosi secondarie, sono 117.934: la percentuale di trasferibilità è del 42,98%. Tenendo conto solo dei ricoveri ordinari potenzialmente trasferibili in regime di *day surgery* sino a tre giorni di durata di degenza complessiva, la percentuale di trasferibilità scende a 25,45%.

La trasferibilità regionale delle procedure più frequenti

È stata effettuata un'analisi circa la trasferibilità delle procedure più frequenti erogate nella Regione Veneto (utilizzando la lista regionale). Le procedure identificate sono 34 e sono state raggruppate per tipologia di intervento (vedi tabella 3.4).

La trasferibilità è stata ottenuta confrontando i dati relativi al volume delle procedure, trasferibili in regime di *day surgery*, effettuate in regime di ricovero ordinario, senza la menzione di diagnosi secondarie, rispetto alle stesse procedure, erogate complessivamente nelle strutture ospedaliere della Regione Veneto, durante il 1997, in regime di ricovero ordinario, comprendendo i casi con menzione di diagnosi secondarie.

4. Le caratteristiche dell'offerta nelle strutture ospedaliere venete

Il numero di pazienti trattati in regime di *day surgery*, sulla base di quanto emerso nel paragrafo precedente, riguarda una quota ancora limitata dei casi che, potenzialmente, possono essere gestiti con tale modello assistenziale.

Al fine di comprendere il grado di sviluppo della *day surgery*, tuttavia, non è sufficiente limitare l'analisi ai dati di attività. L'altro elemento di valutazione, infatti, è rappresentato dalle caratteristiche del sistema d'offerta e, in particolare, dagli assetti organizzativi adottati in considerazione delle modificazioni intervenute nei processi produttivi. Gli aspetti che si ritiene opportuno approfondire, nel presente lavoro, sono:

— l'impatto derivante sui posti letto complessivi dall'allocazione di alcuni di essi all'attività di *day surgery*;

— gli assetti organizzativo/strutturali adottati al fine di gestire l'attività in regime di *day surgery*.

Tutti gli aspetti evidenziati, sono stati rilevati mediante la compilazione di un questionario che ha coinvolto tutte le aziende sanitarie accreditate, pubbliche e private, operanti in Regione Veneto e, all'interno di queste, tutte le unità organizzative che, con modelli più o meno autonomi, gestiscono attività di *day surgery*. Con riferimento al primo degli aspetti, i risultati dell'analisi sono presentati nella tabella 4.1.

Dai dati presentati emergono i seguenti aspetti:

— la capacità produttiva di *day surgery*, misurata in termini di posti letto dedicati, è progressivamente incrementata dal 1996, anno nel quale sono state diffuse le prime linee guida regionali, al 1998. Nello specifico, nelle aziende sanitarie pubbliche, si è passati dai 230 posti letto del 1996 ai

Tabella 3.4

Gruppo	Procedura (ICD 9 CM)	Totale procedura regionale in ricovero ordinario con dx secondarie	Procedura in day surgery (effettiva)	Procedure ricovero ordinario trasferibili senza dx secondarie	Percentuale trasferibilità
Cataratta	1341	16812	3242	9821	
	1370	58	0	2	
	1371	4154	22	492	
	1372	195	4	82	
Totale		21219	3268	10397	49,0
Vene varicose	3859	8131	2251	4824	
	3869	446	220	241	
	3849	6	0	2	
Totale		8583	2471	5067	59,0
Asportazione cartilagine semilunare ginocchio	806	6126	470	2561	
Totale		6126	470	2561	41,8
Dilatazione e/o raschiamento dell'utero	6901	704	290	144	
	6902	5717	366	1474	
	6909	7691	634	2378	
	6951	1567	2143	985	
	6952	771	178	305	
	6959	194	91	84	
Totale		16644	3702	5370	32,3
Artroscopia interventistica	8026	445	799	2167	
	8027	9	3	60	
	8021	9064	2	153	
	8022	118	0	4	
Totale		9636	804	2384	24,7
Riparazione monolaterale ernia	5300	461	45	177	
	5301	372	17	220	
	5302	649	246	334	
	5303	2184	499	952	
	5304	4106	1247	2099	
	5305	2350	889	1062	
	5321	391	44	138	
Totale		10513	2987	4982	47,4
Adenoidectomia senza tonsillectomia	286	2982	1492	2021	
Totale		2982	1492	2021	67,8
Tonsillectomia senza adenoidectomia	282	2811	498	1905	
Totale		2811	498	1905	67,8
Cistoscopia transuretrale e resezione	5732	5880	1865	1391	
	5733	2473	237	1087	
	5749	4673	27	1649	
Totale		13026	2129	4127	31,7
Asportazione/demolizione cisti/lesione cute	8621	1038	436	659	
	863	1512	1286	680	
	864	3165	1960	1558	
Totale		5715	3682	2897	50,7
Asportazione di emorroidi	4946	2948	286	1413	
Totale		2948	286	1413	47,9

Tabella 4.1 - Andamento del numero di posti letto di *day surgery* nella Regione Veneto (periodo 1996-1998) rispetto ai posti letto totali e chirurgici

Settore pubblico	1996	1997	1997-1996	1998	1998-1997
Posti letto totali	22066	21239	- 827	20848	- 391
Posti letto chirurgici	9591	8993	- 598	8994	+ 1
Posti letto <i>day surgery</i>	230	682	+ 452	768	+ 86
Privato accreditato	1996	1997	1997-1996	1998	1998-1997
Posti letto totali	1685	1691	+ 6	1822	+ 131
Posti letto chirurgici	810	805	- 5	851	+ 46
Posti letto <i>day surgery</i>	47	57	+ 10	113	+ 56

682 del 1997 e ai 768 del 1998. Nel settore privato, invece, il maggiore incremento si registra tra il 1997 e il 1998 (più 56 posti letto) in concomitanza con l'attribuzione delle autorizzazioni, a tali strutture, da parte della Regione;

— in termini relativi, per il settore pubblico, la quota parte di capacità produttiva chirurgica dedicata alla *day surgery* è passata dal 2,4% del 1996 al 7,6% del 1997 e all'8,5% del 1998. Per contro, sulla base dei dati relativi all'attività svolta, emerge che, nel 1997, la quota di pazienti trattati in regime di *day surgery* è stata del 10% circa. La capacità produttiva del settore privato, invece, passa dal 5,8%, del 1996, al 13,3%, del 1998;

— all'incremento dei posti letto dedicati alla *day surgery*, registrato nel tra il 1996 e il 1997 (più 452 posti letto di *day surgery*) nel settore pubblico, è corrisposto una riduzione di 1050 posti letto chirurgici ordinari. Nel periodo 1997-1998, sempre nel settore pubblico, a fronte dell'incremento di 86 posti letto di *day surgery*, si è registrata una diminuzione di 85 posti letto chirurgici ordinari. Nel settore privato, per il periodo 1996-1998, si registra un incremento di 66 posti letto di *day surgery* e una diminuzione di 25 posti letto chirurgici ordinari.

I dati appena presentati consentono di formulare le seguenti considerazioni di carattere generale:

a) nello sviluppo della *day surgery* è determinante il ruolo della Regione che, attraverso la definizione di linee guida e la concessione di autorizzazioni, svolge una funzione di stimolo nei confronti di tutte le aziende sanitarie. L'effetto iniziale, tuttavia, rischia di essere successivamente mortificato nel momento in cui le politiche generali di regolamentazione del settore, non sono accompagnate ad azioni mirate, finalizzate a garantire l'equilibrio economico finanziario delle aziende ed a stimolare i processi di riorganizzazione interna. Tale effetto è riscontrabile nei dati relativi al settore pubblico nel quale, sebbene esistessero rilevanti margini di sviluppo tra il 1997 e il 1998, il processo di cambiamento, pur progredendo con l'allocazione di ulteriori posti letto dedicati alla *day surgery*, subisce un forte rallentamento;

b) l'attesa di poter sviluppare, attraverso l'avvio della *day surgery*, sinergie tali da consentire il trattamento di un numero rilevante di casi con l'impiego di una quota relativamente bassa di capacità produttiva, non appare soddisfatta. Con riferimento ai dati del 1997, limitatamente al settore pubblico, emerge che la quota relativa di casi chirurgici trattati in regime di

day surgery (circa il 10%) è di poco superiore alla quota di capacità produttiva, misurata in termini di posti letto, dedicata (7,6%). I motivi di tale situazione sono da ricercare sia nelle ricordate carenze delle politiche regionali che nelle convinzioni che i posti letto rappresentino l'indicatore ideale per misurare la capacità produttiva. In effetti, anche sulla base di quanto emerso dalla ricerca, il vero «collo di bottiglia» organizzativo è rappresentato dalla disponibilità di sale operatorie;

c) l'attesa di poter avviare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, con conseguente riduzione dei posti letto ordinari, mediante lo sviluppo di processi produttivi che tendono a «deospedalizzare» l'iter di cura e riabilitazione del paziente (*day surgery*, *day hospital*, ADI, ecc.), pare non trovare conferma dai dati rilevati nella Regione Veneto. Le difficoltà che si sono riscontrate nella riduzione dei posti letto ordinari, in tale realtà, è da ricondurre a due fattori fondamentali:

— l'andamento dei bisogni e della domanda: è prevedibile, infatti, che il fabbisogno di posti letto di un sistema sanitario sia fortemente condizionato da fattori quali l'invecchiamento della popolazione, il quale richiede l'incremento dei posti letto disponibili, vanificando, almeno in parte, l'effetto opposto generato dal progressivo sviluppo della *day surgery*;

— la definizione di una precisa strategia di sistema: la razionalizzazione della rete ospedaliera, infatti, necessita, anche sulla base dell'analisi dei bisogni, di un progetto che metta in discussione l'esistenza e/o il ruolo (missione) delle strutture ospedaliere operanti in un determinato territorio, piuttosto che interventi mirati a rendere più efficienti i processi produttivi delle stesse.

Uno degli aspetti che maggiormente evidenzia lo stato di sviluppo della *day surgery* e che consente di meglio interpretare le difficoltà di carattere generale, precedentemente evidenziate, è rappresentato dall'assetto organizzativo adottato.

Il primo aspetto che si ritiene opportuno indagare, con riferimento a tale tematica, è rappresentato dalla dotazione di posti letto delle unità di *day surgery* classificate secondo il loro grado di autonomia da parte degli stessi responsabili di unità (vedi tabella 4.2).

I dati presentati pongono in evidenza che:

— nel settore pubblico, chirurghi provenienti da 265 unità operative differenti svolgono attività di *day surgery* organizzata in 240 unità organizzative. Nelle strutture private, invece, le unità operative di provenienza dei chirurghi sono 28 mentre le unità organizzative di *day surgery* 19;

— l'assetto organizzativo in assoluto prevalente, nel settore pubblico, è quello che prevede l'individuazione di posti letto dedicati nell'ambito di un'unità operativa chirurgica che gestisce anche il processo di ricovero ordinario (modello «D»). Nel settore privato, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra il modello «D» e quello multidisciplinare collocato all'interno della struttura ospedaliera (modello «B»);

— il numero medio di posti letto dedicati alla *day surgery* per unità organizzativa, nel settore pubblico, è pari a 3,2 contro i 6,0 delle strutture private accreditate;

— l'assetto caratterizzato dal maggior numero di posti letto per unità organizzativa è, in entrambi i casi, l'unità multidisciplinare collocata all'interno della struttura ospedaliera (modello B). Tuttavia le strutture private si caratterizzano per un numero di posti letto medio per unità decisamente

superiore a quello pubblico (19,3 contro 9,9 posti letto).

Sul piano generale, i dati rilevati offrono due spunti di riflessione: la numerosità delle unità operative di provenienza dei chirurghi pone in risalto il livello di capillarità della diffusione della *day surgery* ma, al contempo, l'elevato numero di unità di *day surgery* segnala un'eccessiva tendenza a mantenere assetti organizzativi frammentati ed incapaci di generare sinergie attraverso processi di condivisione delle risorse; le caratteristiche delle unità di *day surgery* sviluppatesi nelle strutture private (tipicamente assetto organizzativo adottato e numerosità dei posti letto dedicati), accompagnato dal dato relativo alla progressione della quota di capacità produttiva dedicata alla *day surgery*, evidenzia le maggiori capacità delle

strutture private nell'adattarsi alle innovazioni offerte dallo sviluppo della tecnologia e delle tecniche sanitarie, come nel caso della *day surgery*, ottenendo vantaggi competitivi o recuperando rapidamente eventuali situazioni di svantaggio nei confronti delle altre strutture sanitarie e, in particolare, di quelle meno propense al cambiamento.

Il numero di posti letto dedicati, per quanto significativo, non è sufficiente al fine di comprendere il grado di autonomia della singola unità di *day surgery*. A tale scopo è decisivo conoscere quali altre risorse sono state assegnate a tali unità. Sempre mediante il questionario, è stata rilevata l'assegnazione di risorse quali le sale operatorie ed altre strutture e/o servizi coinvolti nei processi produttivi. I risultati dell'elaborazione dei dati

Tabella 4.2 - Distribuzione dei posti letto di *day surgery* per unità operativa, unità di *day surgery* e per modello organizzativo

SETTORE PUBBLICO					
Modello organizzativo	Posti letto di <i>day surgery</i>	N. di unità operative	N. posti letto medi	N. di unità di <i>day surgery</i>	N. posti letto medi
A	13	6	2,2	3	4,3
B	69	29	2,6	7	9,9
C	102	30	3,4	30	3,4
D	584	200	2,9	200	2,9
Totale	768	265	2,9	240	3,2
PRIVATO ACCREDITATO					
Modello organizzativo	Posti letto di <i>day surgery</i>	N. di unità operative	N. posti letto medi	N. di unità di <i>day surgery</i>	N. posti letto medi
A	1	1	1,0	1	1,0
B	58	12	4,8	3	19,3
C	5	1	5,0	1	5,0
D	49	14	3,5	14	3,5
Totale	113	28	4,0	19	6,0
LEGENDA Modello A: unità autonoma (collocata in sede diversa dall'ospedale/casa di cura). Modello B: unità di degenza dedicata (reparto) multidisciplinare. Modello C: unità di degenza dedicata (reparto) monospecialistica. Modello D: posti letto dedicati nell'unità di degenza ordinaria.					

raccolti sono presentati nella tabella 4.3.

I dati presentati evidenziano i seguenti aspetti rilevanti:

— attività di sala operatoria: un numero relativamente ridotto di unità di *day surgery* svolge l'attività chirurgica in sale operatorie interamente dedicate. Esse si concentrano soprattutto in corrispondenza dei modelli organizzativi di tipo «A» e «B». Appare singolare che anche alcune unità di tipo «C» e «D» siano dotate di sale dedicate in quanto la possibilità di garantire un pieno utilizzo è fortemente condizionato dal numero di posti letto di *day surgery*. Circa un quarto delle unità di *day surgery* può contare su sedute operatorie dedicate. Tale assetto appare più coerente rispetto alla possibilità di garantirne il pieno utilizzo.

Sarebbe, peraltro, estremamente interessante approfondire l'analisi al fine di valutare l'effettiva quota di capacità produttiva di sala operatoria assegnata alla *day surgery* e le modalità di effettivo impiego. La maggior parte delle unità di *day surgery*, infine, svolge l'attività chirurgica nell'ambito delle liste operatorie ordinarie;

— dotazione di altri servizi: il dato complessivo regionale evidenzia che le unità di *day surgery* si avvalgono di strutture e servizi in dotazione all'unità operativa o dipartimento nei quali sono inserite (studio medici, ambulatori, sale visita e medicazione) o in dotazione all'intera azienda (accettazione, laboratorio, radiologia e cardiologia). Anche negli assetti organizzativi più evoluti, nonostante talune risorse siano dedicate alla *day surgery* (studio

medici, ambulatori, sale visita e medicazione), il ricorso a servizi e strutture generali aziendali risulta essere la modalità più frequente.

Gli elementi appena evidenziati sono di fondamentale importanza poiché mettono in risalto che, almeno nella Regione Veneto, non esistono assetti organizzativi sufficientemente evoluti e con una capacità produttiva tale da poter sostenere e coprire, mediante l'attività svolta, i costi relativi ai servizi che, con maggior frequenza, sono impiegati nel processo produttivo e che potrebbero essere inseriti strutturalmente nell'assetto organizzativo.

Si tratta di una situazione, da un lato, coerente con le altre caratteristiche generali delle unità di *day surgery* ma, dall'altro, evidenzia le difficoltà esistenti nel progettare e realizzare mo-

Tabella 4.3 - Profilo organizzativo/strutturale delle unità di *day surgery*

	TOTALE REGIONE			MODELLO A			MODELLO B			MODELLO C			MODELLO D		
	Media/moda	Freq. moda	N. risp.	Media/moda	Freq. moda	N. risp.	Media/moda	Freq. moda	N. risp.	Media/moda	Freq. moda	N. risp.	Media/moda	Freq. moda	N. risp.
<i>Modalità di funzionamento</i>															
Ore funzionamento/settimana per unità	34.5		227	51.0		3	65.8		6	33.8		25	29.2		169
Posti letto ordinari	32.3		215	0.0		0	0.0		0	32.8		27	32.2		187
Posti letto <i>day surgery</i>	3.0		257	4.3		3	9.9		7	3.4		30	2.9		200
Ore/settimana utilizzo sala operatoria	22.0		194	33.7		3	33.6		7	26.1		19	19.0		146
Sala operatoria dedicata	14.7%		265	66.7%		3	50.0%		7	22.7%		30	6.1%		200
Sedute operatorie dedicate	24.7%		265	33.3%		3	16.7%		7	18.3%		30	27.0%		200
Lista operatoria ordinaria	60.6%		265	0.0%		3	33.3%		7	59.0%		30	67.0%		200
<i>Dotazione di altri servizi</i>															
Studio medici	B	73.2%	237	A	66.7%	2	A	71.4%	7	B	73.3%	27	B	84.0%	176
Accettazione	C	55.1%	262	C	66.7%	3	C	57.1%	7	C	53.3%	30	C	54.5%	197
Ambulatori	B	74.0%	259	A	100.0%	3	A	57.1%	7	B	73.3%	29	B	87.0%	195
Sala visita	B	76.2%	263	A	100.0%	3	A	57.1%	7	B	66.7%	30	B	91.0%	198
Sala medicazione	B	76.6%	262	A	100.0%	3	A	85.7%	7	B	63.3%	29	B	92.0%	198
Laboratorio analisi	C	93.6%	265	C	66.7%	3	C	100.0%	7	C	100.0%	30	C	92.0%	200
Radiologia	C	93.6%	265	C	66.7%	3	C	100.0%	7	C	96.7%	30	C	92.5%	200
Cardiologia	C	86.4%	264	C	66.7%	3	C	100.0%	7	C	100.0%	30	C	82.5%	199

LEGENDA

La media e la moda sono state calcolate in ragione delle risposte ottenute. La frequenza della moda è stata determinata facendo riferimento al totale delle unità indipendentemente dalle risposte ottenute. Le unità considerate a livello regionale sono quelle di appartenenza del personale chirurgo. Le unità considerate nelle colonne dedicate ai modelli organizzativi, sono quelle di *day surgery* (cfr. tabella 4.2). Al fine d'interpretare i dati non numerici, si faccia riferimento al seguente schema:

- risposta A: servizio o struttura dedicata alla unità operativa di *day surgery*;
- risposta B: servizio o struttura dedicata al dipartimento o alla unità operativa nel quale è inserita la *day surgery*;
- risposta C: servizio o struttura a disposizione a livello aziendale.

delli innovativi, peraltro esistenti nelle grandi strutture ospedaliere dei Paesi Occidentali, come le *free standing units* che, pur non potendo essere attuate in tutte le strutture ospedaliere possono rappresentare un punto di riferimento almeno per le realtà più importanti come, nel caso della Regione Veneto, le Aziende ospedaliere di Padova e Verona.

5. Lo studio dei casi aziendali

L'introduzione della *day surgery* poggia su due aspetti fortemente interconnessi:

- la fattibilità tecnica;
- la fattibilità organizzativa.

La prima sfera riguarda il tipo di tecnica utilizzata, da un punto di vista diagnostico, chirurgico ed anestesio-logico; la seconda, invece, considera il problema dal punto di vista delle modalità operative di gestione delle diverse fasi (pre-operatorio, operatorio, post-operatorio e dimissioni). La dimensione organizzativa potremmo dire che dà per scontato il problema della decisione tecnica, e pone quello delle risorse e delle relazioni che rendono praticabile (quindi possibile) la decisione tecnica:

- strutture: logistica, sale operatorie, ambulatori, spazi fisici, attrezzature, ecc.;
- personale: dotazione quantitativa, ruoli, competenze, organizzazione del lavoro;
- sistemi di programmazione e di standardizzazione dell'attività: gestione delle liste, percorsi del paziente, modulistica, comunicazione interna e esterna, informatizzazione.

Molto spesso, nella realtà delle aziende sanitarie italiane, la sfera tecnica e quella organizzativa sono strettamente interconnesse, per due ragioni. La prima è che anche la competenza tecnica si forma all'interno di contesti organizzativi e non in un «vuoto

sociale»; la possibilità, in altri termini, che un chirurgo ospedaliero apprenda nuove modalità di intervento, le quali rendano possibile «tecnicamente» un ricovero in regime di *day surgery*, non dipende unicamente dalla sua preparazione professionale, dal talento e dalle sue motivazioni individuali, ma anche (e forse soprattutto) dall'ambiente in cui è inserito: la comunità scientifica, il contesto geografico e sociale, l'azienda in cui opera, i bisogni e le richieste della popolazione di riferimento, ecc. La decisione tecnica di operare in *day surgery* è sempre mediata dalla percezione di un bisogno, di un interesse, di una qualche convenienza socialmente costruita. Altrimenti, perché farlo?

La seconda ragione della stretta interconnessione tra dimensione «tecnica» ed «organizzativa» della *day surgery* ha una connotazione più contingente e storicizzata, ed è la confusione che nelle strutture sanitarie ed ospedaliere italiane si è verificata tra autonomia professionale dei medici e autonomia organizzativa. Se il tecnico non è chiamato soltanto a fornire una competenza professionale, a mettere a disposizione un *know-how* scientifico, ma diventa di fatto anche il principale decisore nelle scelte di organizzazione e sviluppo del servizio, di percorsi professionali dei suoi collaboratori, di gestione delle risorse, allora le due sfere tendono a sovrapporsi e provare a distinguerle diventa principalmente un esercizio teorico.

Introdurre la *day surgery* pone quindi un problema organizzativo che, come è evidente, non si può risolvere in un atto di progettazione «a tavolino», in quanto nella maggior parte dei casi non si tratta di avviare nuove attività o di aprire un reparto completamente nuovo, bensì di trasformare profondamente le modalità consolidate di gestione di alcune patologie, dalla fase diagnostica sino alle dimissioni

ni, chiamando in causa tutti gli attori che ne fanno parte: le unità operative chirurgiche, i servizi diagnostici e anestesio-logici, i centri di prenotazione, le direzioni sanitaria e amministrativa, il servizio infermieristico, il pronto soccorso, la medicina di base.

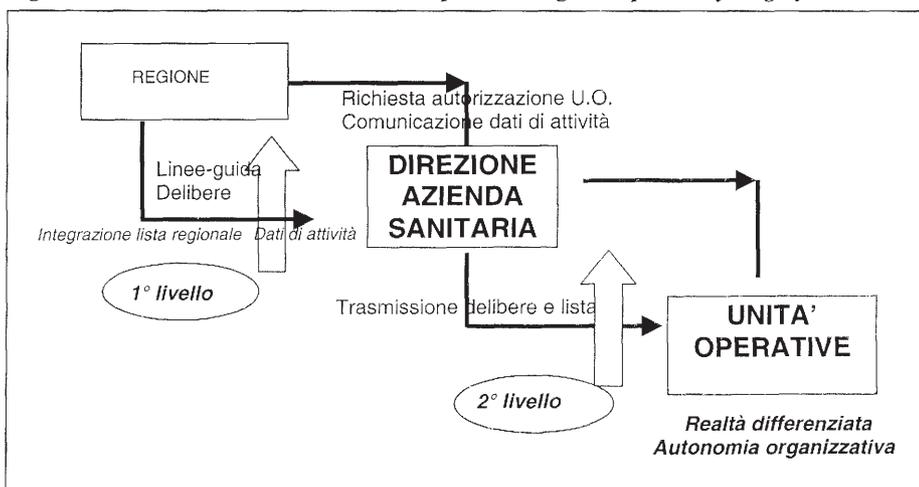
Non ultimo, tale processo va a incidere sugli atteggiamenti individuali e culturali, le motivazioni e le resistenze al cambiamento, le prospettive di carriera e la gratificazione degli operatori, i rapporti di potere interni ed esterni, rendendo ulteriormente complesso e delicato il suo svolgimento.

Se questi sono i termini generali del rapporto tra organizzazione e *day surgery*, è possibile ora analizzare alcune questioni che attengono specificamente ai modelli e alle logiche di sviluppo organizzativo della *day surgery* nelle aziende sanitarie italiane. Per comodità espositiva, tali questioni sono state riassunte in tre enunciati.

A) Nel processo di introduzione della *day surgery*, possiamo individuare due differenti livelli di azione (figura 5.1):

- un primo livello, dove le singole direzioni aziendali svolgano un ruolo di «traduttori» delle direttive regionali in atti e decisioni aziendali, e dove è importante verificare quindi l'inserimento del problema nell'«agenda» dei direttori generali e ricostruire le decisioni e le scelte operate a livello aziendale per l'attuazione di quelle politiche regionali; qui gli strumenti utilizzati sono in prima istanza le delibere aziendali, ma anche la definizione dei piani strategici e di organizzazione aziendale, le politiche di investimento o di ristrutturazione, le politiche del personale, il sistema di *budget*;

- un secondo livello, dove l'attività svolta dalle direzioni aziendali si confronta con l'autonomia (innanzitutto professionale, ma spesso anche organizzativa) delle strutture operati-

Figura 5.1 - I due livelli di traduzione delle politiche regionali per la *day surgery*

ve, e quindi con le difficoltà reali del passaggio dal livello formale di introduzione della *day surgery* a quello strettamente operativo.

Quando si passa dal primo al secondo livello, ci si trova dinanzi ad una molteplicità di situazioni fortemente eterogenee e differenziate, spesso con gradi di discrezionalità e imprevedibilità molto elevati.

La conseguenza è che la politica di avvio e potenziamento della *day surgery*, definita a livello regionale e aziendale in modo omogeneo e «razionale», si confronta, a livello delle singole unità operative, con «storie» e percorsi di sviluppo organizzativo in parte autonomi e autodiretti; si possono così trovare realtà molto diverse tra loro:

a) unità operative (U.O.) che di fatto già svolgevano attività di *day surgery* al momento dell'introduzione formale, sotto forma di *day hospital* chirurgico;

b) U.O. che non svolgevano attività di *day surgery* ma che erano «tecnicamente» in grado di avviarla;

c) U.O. che non svolgevano attività di *day surgery* e che ritenevano non fosse possibile avviarla per ragioni di sicurezza, di vincoli strutturali o di personale, per valutazioni cliniche del responsabile.

Si configura così, a livello aziendale e regionale, una situazione in cui esiste una pluralità di «modelli» di *day surgery* derivanti dalle singole storie e percorsi di sviluppo generatisi all'interno delle singole strutture di erogazione. Si delinea così una pluralità di «modelli» di *day surgery*, co-presenti spesso all'interno di una stessa azienda sanitaria.

B) I modelli organizzativi (6) della *day surgery* possono essere in prima analisi classificati a seconda di due caratteristiche:

— la collocazione organizzativa dell'attività (posizione del responsabile, grado di accentramento/decentramento operativo, collocazione all'interno del modello organizzativo aziendale);

— il grado di autonomia dell'attività rispetto a quella di ricovero ordinario (collocazione fisica della struttura, dotazione di risorse, livello di interdipendenza con attività ordinaria).

Complessivamente, possiamo distinguere quattro diversi modelli:

1) *day surgery* effettuata all'interno del reparto utilizzando risorse totalmente comuni con l'attività di ricovero ordinario. Dal punto di vista organizzativo la *day surgery* non modifica sostanzialmente il funziona-

mento ordinario del reparto, nel senso che non comporta nessuna riorganizzazione interna o l'assegnazione di risorse dedicate, ma unicamente una diversa gestione amministrativa del paziente e il vincolo di dover rispettare le dimissioni entro le 24 ore dal ricovero per mantenere il regime di *day surgery*;

2) *day surgery* effettuata all'interno del reparto con posti letto e personale dedicato. Si tratta di un tipo di *day surgery* che crea una micro-struttura parallela a quella di ricovero ordinario, con procedure di accettazione, ricovero e dimissioni in minima parte o solo eccezionalmente comuni a quelle di ricovero ordinario. All'interno del reparto si definisce una zona o una modalità di gestione del paziente in *day surgery* diversa da quella ordinaria, costruendo una sub-struttura autonoma;

3) modello autonomo monodisciplinare. È una struttura dove si svolge unicamente attività di *day surgery*. Può essere il caso di:

— U.O. che svolgevano anche attività in regime di ricovero ordinario e che si sono trasformate in U.O. di *day surgery* a seguito di scelte aziendali (ad esempio, per la riduzione di posti letto, per l'accorpamento di più presidi, ecc.); in questo caso tutto il personale viene ad essere personale di U.O. di *day surgery*, che svolge unicamente questa attività;

-- U.O. nate dalla costituzione di un'unica struttura autonoma di *day surgery* comune a più U.O. (ad esempio, tre unità operative chirurgiche che utilizzano un'unica U.O. comune di *day surgery* secondo regole definite); in questo secondo caso il personale infermieristico, ausiliario, amministrativo è assegnato direttamente all'U.O. di *day surgery*, mentre il personale medico afferisce ai singoli reparti;

4) modello autonomo multidisciplinare. Rispetto al modello precedente, di cui condivide l'autonomia formale dalle strutture che effettuano ricoveri ordinari, si tratta di un modello che tratta più patologie diverse e serve un maggior numero di U.O. Questo tipo di *day surgery* tende a diventare il punto di riferimento aziendale, o quanto meno di presidio ospedaliero; l'obiettivo ultimo può essere quello di prevedere che questa struttura centralizzi tutta l'attività di *day surgery* svolta dalle altre U.O. chirurgiche, che non svolgono più tale attività utilizzando propri posti letto.

Ognuno dei quattro modelli presenta vantaggi e svantaggi. Dal punto di vista tecnico non ci sono grandi differenze; tuttavia il contesto organizzativo in cui viene svolta l'attività è completamente diverso e ha forti implicazioni sui risultati e sulle condizioni di sviluppo dell'attività. Infatti, al crescere del grado di autonomia organizzativa e di centralizzazione (passando cioè dal modello 1 al modello 4), si evita il rischio che la *day surgery* sia considerata di «minore importanza» rispetto all'attività ordinaria, e dipenda in modo residuale dalla disponibilità di risorse fornita dall'attività ordinaria (uso dei posti letto, sedute operatorie, ecc.). Inoltre con la *day surgery* multidisciplinare si riducono al massimo i costi di apprendimento e si favorisce l'integrazione tra unità operative chirurgiche che beneficiano tutte di una struttura comune di servizio (figura 5.2).

Al momento attuale, nelle aziende sanitarie italiane prevalgono in modo netto i modelli 1 e 2 (riconducibili al modello D di cui al precedente paragrafo), che coprono la quasi totalità dei casi.

Questo vuol dire che la *day surgery* è gestita principalmente come un'attività che ogni singolo reparto chirurgico deve organizzare e regolare. Il gra-

do di autonomia della *day surgery* all'interno dell'attività di reparto, al di là del fatto che siano stati assegnati formalmente dei posti letto di *day surgery*, dipende quindi principalmente dalle capacità organizzative del reparto stesso. In alcuni casi esso riesce a recuperare risorse per istituire un'attività di *day surgery* autonoma e parallela all'attività di reparto (modello 2); nella maggior parte dei casi l'attività continua ad essere esercitata in comune con l'attività ordinaria (modello 1) o con un ridotto grado di autonomia (modello intermedio).

C) L'avvio della *day surgery* non dovrebbe essere comunque ricondotto ad una scelta statica tra modelli alternativi, bensì alla progettazione e al governo di un processo di innovazione.

In altri termini, oltre a valutare l'assetto strutturale e la collocazione organizzativa dell'unità di *day surgery*, devono essere analizzati altri aspetti critici:

— da cosa nasce la spinta a avviare l'attività di *day surgery*?

— quali sono i principali protagonisti della fase di avvio e delle fasi successive?

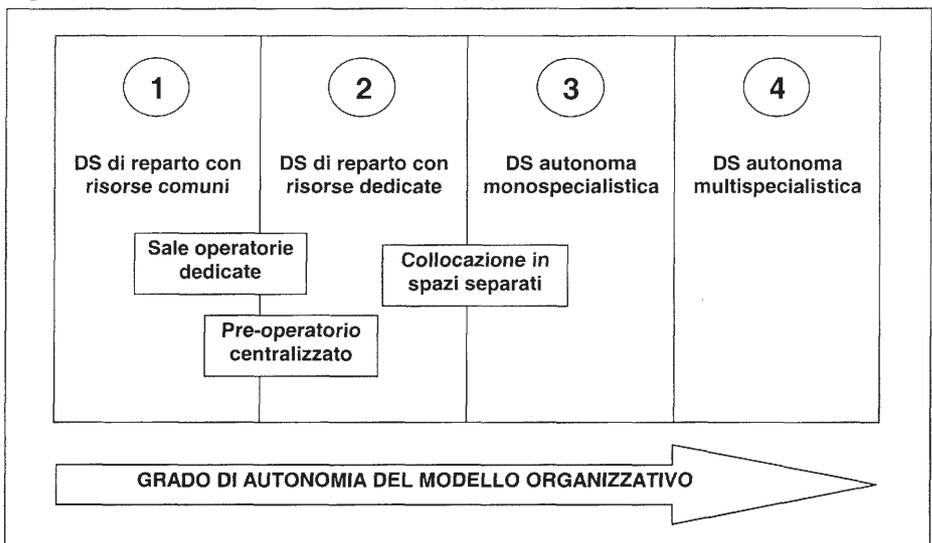
— quali strumenti, soluzioni tecniche o processi organizzativi sono stati messi in moto per consentire lo sviluppo dell'attività?

Se il problema si ponesse soltanto in termini di individuazione della «soluzione» da applicare, sarebbe sufficiente operare una valutazione puntuale dei vantaggi e degli svantaggi dei singoli modelli organizzativi e con la definizione di una sorta di «gerarchia» dei modelli stessi. Starebbe poi alle singole aziende il compito di «applicare» tali soluzioni.

In realtà, l'esperienza mostra che la soluzione ottimale non esiste. Ciò poiché i vantaggi e gli svantaggi che ogni modello di *day surgery* analizzato può presentare, in astratto, devono essere contestualizzati e, quindi, valutati specificamente nella singola struttura e in un dato momento storico. Questo può comportare, ad esempio, la necessità di graduare il cambiamento e di accettare soluzioni «meno vantaggiose» in astratto ma più praticabili nel breve periodo.

Inoltre, anche ammesso che si possa definire un modello auspicato o di riferimento, e che una data azienda voglia introdurlo e sperimentarlo,

Figura 5.2 - I modelli organizzativi di *day surgery* secondo il grado di autonomia



questo non comporterà una mera decisione formale o un semplice investimento materiale (es. in spazi, sale operatorie, personale, attrezzature, ecc.); il problema sarà di creare le condizioni per un cambiamento sostenibile, che modifichi o coinvolga gli atteggiamenti, i comportamenti, le culture degli operatori coinvolti, e trasformi in tal modo un sistema d'azione già strutturato e preesistente.

6. Lo studio dei percorsi dei pazienti

Con il termine percorso del paziente ci si riferisce all'*iter* che un paziente segue per risolvere un problema di salute. Ovviamente il percorso non corrisponde ad un singolo episodio di ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale ospedaliera e, tanto più, non si esaurisce all'interno dell'ospedale. Nel programma di ricerca, tuttavia, il campo d'indagine è stato limitato al segmento di percorso relativo all'insieme di azioni sanitarie, intervento chirurgico compreso, che caratterizzano la prestazione eseguita in regime di *day surgery*. Tale impostazione, pur ricadendo nell'ambito di un'unica prestazione con riferimento al sistema di tariffazione, ha consentito di rilevare, analizzare e confrontare processi produttivi gestiti in aziende differenti, offrendo numerosi stimoli che potrebbero portare alla revisione parziale di taluni percorsi, nella logica del miglioramento continuo, introducendo innovazioni già presenti nelle aziende più evolute sul piano organizzativo e/o che da più tempo hanno sviluppato la *day surgery*.

La metodologia di analisi utilizzata, ai fini della ricostruzione dei percorsi, si è articolata nelle seguenti fasi:

1) un questionario, che ha reperito informazioni oggettive sulla struttura ospedaliera e sul suo funzionamento;

2) le interviste mirate agli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione della patologia in esame; si sono evidenziati i canali di ingresso dei pazienti alla struttura ospedaliera, i motivi che hanno condotto i responsabili dell'U.O. ad adottare un certo tipo di organizzazione piuttosto che un'altra, il rapporto di collaborazione esistente con i servizi diagnostici;

3) la descrizione del percorso attraverso la *flow chart*. L'utilizzo di una simbologia predefinita ha evidenziato le relazioni di logiche che s'instaurano tra le attività svolte;

4) la descrizione del percorso attraverso una matrice tempo-luogo-attività; permettendo una lettura temporale del percorso e specificando le atti-

vità svolte da ogni figura professionale coinvolta nel percorso, il luogo in cui sono svolte, la durata del percorso, le risorse impiegate e le attività svolte dallo stesso paziente.

Le quattro diverse fasi dell'analisi, condotte su alcune patologie «pilota», sono state integrate per ottenere una «lettura» completa del percorso.

L'analisi e la successiva comparazione ha considerato i percorsi aventi per oggetto le patologie cataratta, ernia inguinale e vene varicose (trattate con legatura e *stripping*). La comparazione tra percorsi, con specifico riferimento alla cataratta, è trattata, per semplicità espositiva, nel box di dettaglio. Nella discussione dei risultati riprese anche le altre patologie.

Box 1

UNA PATOLOGIA PILOTA: LA CATARATTA

Lo studio dei percorsi della cataratta ha offerto la casistica più ampia e completa tra le tre patologie osservate, poiché sono state considerate sei strutture: le Aziende ospedaliere di Padova e di Verona, l'Ospedale S. Luca di Trecenta, l'Ospedale S. Maria della Misericordia, il P.O. di Castelfranco Veneto ed il P.O. Treviso sede di Villa Anna Maria. Mentre le prime tre strutture operano secondo il modello organizzativo C (*), le restanti adottano un modello definito D; si rileva una media di posti letto ordinari di 21,8 ed una media di posti letto di *day surgery* di 5,7 (**). Le sei strutture sono sprovviste di una sala operatoria dedicata nella misura dell'83,3% e per la stessa percentuale prevedono la sala operatoria in dotazione all'unità operativa o al dipartimento all'interno del quale l'unità organizzativa di *day surgery* rappresenta un'articolazione interna. Solo l'Ospedale S. Luca possiede una sala operatoria dedicata che è in dotazione dell'unità organizzativa di chirurgia di giorno ed è utilizzata esclusivamente a tale scopo.

Si riscontra un numero medio di ore settimanali di funzionamento delle strutture di 46,8 ore contro le 45,0 ore medie settimanali di funzionamento della sala operatoria.

Osservando la dimensione di valutazione «snodi decisionali», l'Ospedale S. Luca mostra il valore minore (2), limitando le attività decisionali in fase di diagnosi e nel caso di problemi del paziente tra l'intervento ed il primo controllo. Il percorso più complesso, sempre in relazione a questa dimensione di valutazione, appare quello dell'Azienda ospedaliera di Verona (8) che annovera 6 snodi decisionali in fase di diagnosi. Una delle motivazioni che rendono questo percorso particolarmente articolato è probabilmente da ricercarsi nella carenza informativa in merito alla *day surgery* non solo a livello territoriale, ma anche all'interno della stessa struttura aziendale. L'assenza di un *network*, cioè di una rete collaborativa tra l'Ospedale Civile Maggiore ed i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i professionisti esterni produce un appesantimento soprattutto della fase diagnostica: la diagnosi, infatti, si caratterizza di 6 snodi decisionali e di 12 processi.

Per il P.O. di Castelfranco Veneto, la tabella rileva il valore più elevato degli snodi decisionali definiti come «altri» (3), localizzabili nella *flow chart* nella fase diagnostica: ciò dipende dall'eventualità che gli accertamenti diagnostici ulteriori (rispetto a quelli di *routine*) si possano prenotare subito o meno.

Le attività decisionali, soprattutto quelle delle fasi d'ingresso al percorso, coinvolgono molto spesso i criteri di selezione del paziente; il criterio d'esclusione ASA è considerato il più rilevante per tutte le strutture osservate, mentre è attribuita un'importanza decrescente ai seguenti criteri di esclusione: età, fattori logistico-familiari, distanza. Inoltre, nel 66,7% dei casi non è previsto l'aggiornamento dei criteri di esclusione ed un protocollo di ammissione. Sulle sei strutture osservate, solo le Aziende ospedaliere di Padova e Verona prevedono sia l'aggiornamento dei criteri di esclusione che un protocollo di ammissione.

La voce «processi predefiniti» mostra un unico valore (2) per le realtà sanitarie osservate ad eccezione dell'Azienda ospedaliera di Padova (3), la quale aggiunge al prelievo ematico ed all'ECG anche la radiografia del torace.

Le fasi di gestione dei documenti prevedono un'oscillazione dei valori della tabella che va dal 4 al 7: il valore minore caratterizza il percorso dell'Ospedale S. Luca, mentre quello maggiore è del percorso del P.O.

segue box 1

Treviso sede di Villa Anna Maria; tali differenze sono prodotte, oltre che dalle classiche operazioni di apertura e chiusura della cartella clinica, anche dalle modalità di informazione del paziente sul regime di *day surgery* (informazione scritta e/o verbale) nonché dalle pratiche di ricezione dei referti diagnostici. Una annotazione: il 66,7% delle strutture presenti nella tabella impiega un registro apposito di *day surgery*, mentre l'83,3% adotta una cartella infermieristica (l'Ospedale S. Luca non prevede una cartella infermieristica).

La voce della tabella «n. processi» descrive la parte più complessa del percorso e le attività solitamente più rilevanti. Dalla tabella si evince, relativamente a questa dimensione di valutazione, la particolare «snellezza» del percorso dell'Azienda ospedaliera di Padova, poiché si presenta poco frammentato e piuttosto lineare con una distinzione ben definita tra il regime ordinario e quello di *day surgery*. In tale realtà sanitaria si verifica il numero minore di processi per ognuna delle fasi del percorso: diagnosi (7), terapia (10), *follow up* (1).

Viceversa, la maggiore numerosità dei processi si rileva nel P.O. Treviso sede di Villa Anna Maria: nella fase diagnostica è giustificata dalle attività di prenotazione della visita preoperatoria, dal contatto telefonico del paziente per sincerarsi della disponibilità dei referti, dalla consegna del verbale e della tessera sanitaria da parte del familiare, ecc; in quella di *follow up* rientrano attività quali l'invio della cartella clinica all'ambulatorio del P.O di Ca' Foncello, la telefonata del paziente per prenotare la visita ambulatoriale, ecc. Le difficoltà logistiche, dovute all'articolazione spaziale del percorso, sono tra le cause della sua complessità. Il percorso, infatti, si svolge a cavallo tra due strutture, quella di Villa Anna Maria, in cui si svolge la visita anestesiológica, l'intervento chirurgico ed il controllo post-operatorio, e quella di Ca' Foncello in cui si esegue la fase diagnostica.

I problemi logistici accomunano l'Azienda ospedaliera di Verona al P.O. Treviso sede di Villa Anna Maria, con conseguente accrescimento della numerosità dei processi. A Verona, infatti, l'apertura della cartella clinica è effettuata in pronto soccorso, dove è collocato un computer centralizzato, ed il paziente deve recarvisi per mezzo di una navetta; ovviamente nella *flow chart* è rappresentato il trasporto del paziente al pronto soccorso e tale attività è computata nella tabella nella fase di diagnosi.

È da notare che nel 50% dei casi (sempre considerando come popolazione le sei strutture sperimentatrici) gli esami pre-operatori sono praticati in regime ambulatoriale e nella stessa percentuale è presente un protocollo specifico per patologia; il 66,7% dei casi prevede giornate di *day surgery* e la stessa percentuale si verifica per l'adozione di esami di *routine* uguali per tutti.

L'attività chirurgica, che ricade nella voce «n. processi-fase di terapia», è praticata con sedute operatorie dedicate nella misura del 16,7%, mentre il restante 83,3% convoglia nella lista operatoria ordinaria; sempre in relazione alla fase di terapia, la numerosità maggiore dei processi si riscontra nel percorso del P.O. Treviso sede di Villa Anna Maria (17), che ricorre alla lista operatoria ordinaria, ed in quello dell'Ospedale S. Luca (16), che utilizza sedute operatorie dedicate. Non è possibile, quindi, affermare a priori che determinate soluzioni siano migliori in assoluto per l'esercizio dell'attività chirurgica, ma è necessario verificare come essa è gestita all'interno del modello organizzativo implementato.

In fine, la tabella annovera la voce «opzioni di uscita». Vi è una lieve variabilità nei valori di questa dimensione di valutazione nella casistica osservata. Se è compiuta una selezione attenta del paziente, l'ingresso al percorso è facilitato e nella fase di diagnosi non si riscontrano ostacoli particolari, cioè non interviene una valutazione di impraticabilità della chirurgia in giornata a causa delle condizioni di salute del paziente, della distanza, delle condizioni logistico-familiare, ecc.; viceversa, durante la visita chirurgica o quella anestesiológica, può verificarsi l'esclusione dal percorso di *day surgery*. Tali evenienze motivano i diversi valori riportati dalla tabella.

Per l'Ospedale S. Luca ed il P. O. di Castelfranco Veneto non sono previste opzioni di uscita diverse da quelle fisiologiche di ingresso e di uscita dal percorso di *day surgery*. Nell'Azienda ospedaliera di Padova l'unica occasione di uscita dal percorso in *day surgery* si manifesta nella fase diagnostica. L'Azienda ospedaliera di Verona ed il P.O. Treviso sede di Villa Anna Maria hanno il valore più alto di opzioni di uscita (2), localizzabili nella fase di diagnosi al momento della visita ed in quello di verifica degli esami pre-operatori.

La trasferibilità in regime di degenza ordinaria è un fenomeno che coinvolge il 50% delle strutture considerate nella tabella, con una percentuale media di trasferimento del 2,7%.

Alla luce dei valori della tabella, il percorso dell'Ospedale S. Maria della Misericordia rappresenta una sorta di percorso «medio» rispetto alle altre realtà osservate. Qui, il percorso della cataratta è prioritariamente definito e prenotato in *day surgery* e solo successivamente, in seguito alla visita medica, può essere convertito in ordinario. Il percorso in *day surgery*, quindi, rappresenta il regime tipico e quello ordinario rappresenta il regime residuale. La fase diagnostica non prevede accordi particolari con i servizi diagnostici al fine di snellire la routine degli accertamenti e non esistono prenotazioni o liste.

In merito alla patologia della cataratta è stato possibile evidenziare come la fase di diagnosi rappresenti la fase più delicata dell'intero percorso, coinvolgente professionalità mediche diverse ed ambiti distinti, spesso provata da carenze di meccanismi di coordinamento favorevoli lo snellimento del percorso di collegamento soprattutto tra unità operativa e servizi diagnostici.

(*) Si fa riferimento alla classificazione proposta nel questionario relativamente ai modelli organizzativi:

- modello A: unità autonoma collocata in sede diversa dall'ospedale/casa di cura,
- modello B: unità di degenza dedicata multidisciplinare (reparto multidisciplinare),
- modello C: unità di degenza dedicata monospécialistica (reparto monospécialistico),
- modello D: posti letto dedicati nell'unità di degenza ordinaria.

(**) Le medie vengono calcolate sulle sei strutture osservate nella tabella di comparazione delle modalità di gestione del percorso della cataratta.

La comparazione dei percorsi omogenei per patologia ha lo scopo di individuare la natura di ogni singola attività del percorso, in modo da far emergere la logica (6) di gestione dello stesso. La rappresentazione mediante il diagramma di flusso costituisce il punto di riferimento per la comparazione delle modalità di gestione dei percorsi ed ogni *flow chart* è analizzata per capire, in primo luogo, l'«essenza» di ogni attività svolta (primo livello di analisi), mentre la ripartizione in fasi (diagnosi, terapia e *follow up*) è proposta ad un secondo livello di analisi. Questa scelta metodologica consente di esplorare ogni singola attività relativamente al suo contenuto, non solo secondo il momento in cui si svolge nell'arco temporale della cura della patologia. Quest'impastazione è tradotta poi in tabelle di comparazione che consentono il confronto delle modalità di gestione dei percorsi, per ogni patologia osservata.

La tabella di comparazione declina le specificità delle diverse strutture lungo alcune dimensioni di valutazione, rappresentanti i cardini di analisi di I e di II livello. Il computo delle singole attività per ogni dimensione di valutazione, considera il percorso del paziente in senso proprio, cioè esclude tutte le attività alternative rispetto ad esso, poiché rappresentano situazioni di rara frequenza e di estromissione dal regime di *day surgery* (per esempio, pernottamento in caso di complicanze postoperatorie), e tutte quelle che si verificano nel segmento extra-ospedaliero antecedente all'ingresso al percorso (per esempio, visite ambulatoriali di professionisti esterni alla struttura ospedaliera). I valori presenti nella tabella sono valori «relativi», in altre parole per ogni dimensione di valutazione non è pensabile definire dei valori ottimi a priori, ma è possibile confrontare trasversalmente le solu-

zioni adottate da ogni struttura per ogni specifica patologia.

Le dimensioni di valutazione presenti nella tabella sono le seguenti:

a) gli snodi decisionali: articolati per fasi (diagnosi, terapia, *follow up* ed altri). Questo indicatore illustra quanto «accidentale» sia il regime di *day surgery*, cioè in quanti momenti valutativi caratterizzano il percorso. Articolare l'analisi degli snodi decisionali lungo le diverse fasi di gestione della patologia (diagnosi, terapia, controllo), inoltre, mette in evidenza le fasi «più a rischio» e quanto il percorso di chirurgia di giorno sia strutturato e consolidato. Ciò dipende non solo dalla pratica clinica, ma soprattutto dall'organizzazione dell'azienda sanitaria, dai meccanismi di coordinamento in essere e dalla destinazione di risorse all'attività di *day surgery*. Molto spesso lo snodo decisionale è collegato all'impiego di criteri di selezione utilizzati per stabilire l'accesso e l'uscita del paziente dal percorso: per ogni singolo percorso è interessante incrociare il valore fornito dalla tabella, relativamente agli snodi decisionali in fase di diagnosi, ed i criteri di selezione del paziente che il personale medico, in fase di compilazione del questionario, ha dichiarato di adottare;

b) i processi predefiniti. Questa dimensione di valutazione istruisce su quali e quante siano le fasi standardizzate. Nei percorsi osservati, tale termine è stato utilizzato per indicare i prelievi ematici, l'ECG, la radiografia del torace, ecc. Per processo predefinito non s'intende semplicisticamente un'attività svolta di *routine*, ma identifica un'attività svolta secondo modalità *standard* e priva di contenuto valutativo.

L'osservazione dei diversi momenti in cui tali processi sono svolti, della loro numerosità, del personale che li esegue, dei luoghi in cui si svol-

gono e del coordinamento con l'intero ciclo di cura, può evidenziare eventuali «colli di bottiglia» o aree di miglioramento nella gestione del percorso soprattutto nella fase diagnostico-terapeutica;

c) gestione dei documenti. Questa voce evidenzia quanta parte del percorso è investita nelle fasi di gestione dei supporti cartacei (apertura/chiusura della cartella clinica, sottoscrizione del consenso informato, ecc.). Questa dimensione di valutazione testimonia la logica collaborativa tra paziente e medico, il coordinamento del percorso ospedaliero con i suoi segmenti extra-ospedalieri in ingresso ed in uscita, l'informazione e l'adesione esplicita al regime di *day surgery*.

È importante rilevare quali siano i luoghi in cui la gestione dei documenti avviene: il documento rappresenta un'interfaccia tra i diversi reparti o tra le diverse fasi del percorso svolte in ambiti distinti, una sorta di strumento di comunicazione con potenzialità di meccanismo organizzativo;

d) numero dei processi. Questa dimensione verifica quanto un percorso sia strutturato, sommando le attività rappresentanti i momenti essenziali del percorso: dal contatto con il paziente alla visita diagnostica, al monitoraggio post-operatorio;

e) opzioni di uscita. Per opzioni di uscita s'intendono tutte quelle occasioni in cui può verificarsi l'esodo non naturale del paziente già inserito nel percorso di *day surgery*. Per esempio, non è considerata opzione d'uscita il ritorno del paziente al proprio domicilio dopo gli accertamenti diagnostici e l'attività definita «non ingresso al percorso», presente quando il paziente risulta non essere idoneo per essere trattato in regime di *day surgery*.

Per questa dimensione è interessante una lettura congiunta degli snodi decisionali: infatti, da tale incrocio è

possibile investigare non solo quanti degli atti decisionali possono condurre il paziente all'estromissione dal percorso di *day surgery* ed in quali momenti ciò può accadere, ma anche quali sono le fasi del percorso che evidenziano maggiore commistione con il regime ordinario di ricovero.

L'analisi delle modalità di gestione dei percorsi omogenei per le patologie, ha preso in considerazione le diverse «offerte» proposte dalle strutture sanitarie osservate. Tale valutazione, al fine di ampliare il contributo conoscitivo su ogni percorso, ha ripreso anche i dati della tabella con le informazioni fornite dal questionario. ed è stata articolata per patologia e non per singola struttura, in modo da confrontare trasversalmente le modalità di gestione dei percorsi per patologie omogenee.

Si veda nel box allegato l'analisi della tabella della comparazione (tabella 6.1) relativa al trattamento della cataratta.

A conclusione, è stato rappresentato un percorso medio per patologia strutturato secondo le dimensioni di valutazione elaborate (figura 6.1).

Appare evidente che non è possibile considerare un percorso come il più articolato o, viceversa, il più lineare in assoluto, perché essi risentono fortemente delle specificità della patologia cui si riferiscono, delle contingenze di risorse umane e materiali, e di quelle organizzative, funzionali e culturali di ogni struttura.

Inoltre, dalla lettura della tabella di comparazione possono apparire preferibili i percorsi più «snelli», «leggeri», poiché solitamente essi sono il frutto di una maggiore programmazione e di un migliore coordinamento, elementi basilari per la progettazione del percorso di *day surgery*. Ovviamente possono essere altrettanto efficaci ed efficienti quei percorsi più «articolati» che devono fare i conti con situazioni

Tabella 6.1 - Comparazione delle modalità di gestione del percorso della cataratta

Struttura Dimensione di valutazione	Azienda ospedaliera di Padova	Azienda ospedaliera di Verona	Ospedale S. Luca (Trecenta)	Ospedale S. Maria della Misericordia (Rovigo)	P.O. Castelfranco Veneto	P.O. Treviso sede Villa Anna Maria
Snodi decisionali:	6	8	2	5	6	5
— fase di diagnosi	2	6	1	3	2	3
— fase di terapia	2	0	0	1	1	1
— fase di <i>follow-up</i>	1	1	0	0	0	0
— altri	1	1	1	1	3	1
Processi predefiniti	3	2	2	2	2	2
Fase di gestione dei documenti	6	6	4	5	5	7
N. processi:	18	26	31	28	27	37
— fase di diagnosi	7	12	13	9	9	15
— fase di terapia	10	11	16	15	15	17
— fase di <i>follow-up</i>	1	3	2	4	3	5
<i>emergenza</i>	n. tel. servizio di oculistica 24 h/24 h	n. tel. reparto di oculistica	n. tel. collegato a teledrin	accesso in reparto	n. tel. servizio di guardia	n. tel. reparto di oculistica
Opzioni di uscita	1	2	0	1	0	2

ineludibili (per esempio, la struttura fisico-architettonica e la dislocazione dei luoghi coinvolti), e, nella lettura della tabella, è necessario considerare tali limiti, per un reale confronto obiettivo.

Nella figura 6.2 si fornisce una rappresentazione qualitativa dei percorsi medi che evidenzia come l'andamento medio, per le tre patologie, sia qualitativamente molto simile. Per tutte le patologie esaminate si conferma che, nella progettazione del percorso, i contributi più critici sono rappresentati dagli «snodi decisionali» e dal «numero dei processi», rappresentanti i momenti di maggiore contenuto ideativo del percorso; ed al loro interno la fase di diagnosi rappresenta lo *step* più difficilmente programmabile, riguardante professionalità diverse che interagiscono tra loro, spazi distinti e lontani, e ristrettezze di dotazione materiale ed umana.

Le dimensioni di valutazione «processi predefiniti» e «fasi di gestione dei documenti» mostrano di frequen-

te valori simili per le strutture osservate per la medesima patologia, rappresentanti, genericamente, attività irrinunciabili e dalla prassi consolidata.

L'analisi organizzativo-procedurale dei percorsi ha messo in luce la rilevante variabilità esistente, nelle diver-

se realtà indagate, nelle modalità di gestione dei processi produttivi. Tale variabilità non è limitata a fattori quali le tipologie e la quantità di risorse impiegate ma, soprattutto, con riferimento ad aspetti fondamentali quali la durata complessiva del processo produttivo, il numero di accessi compiuti dal

Figura 6.1

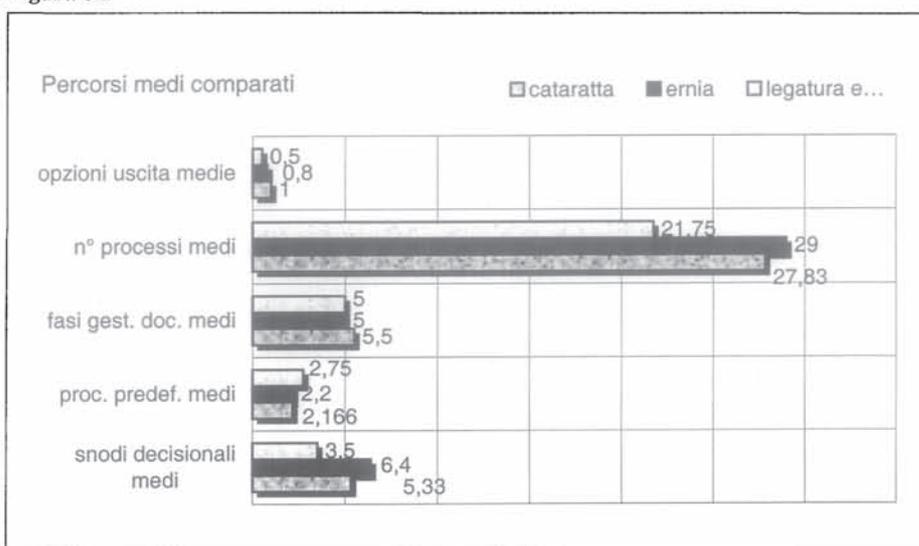
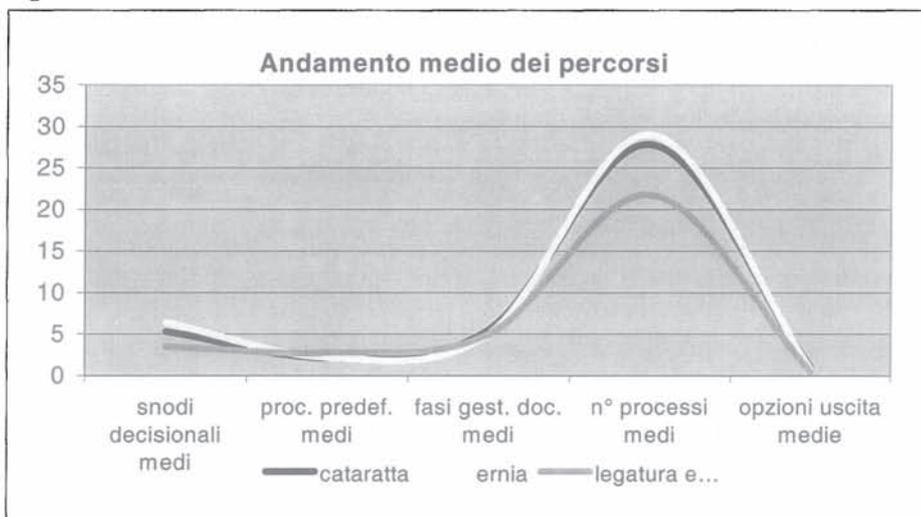


Figura 6.2



paziente, il numero di processi decisionali attivati ed il grado di diffusione delle informazioni sia sul fronte interno che esterno.

Le differenze rilevate sul fronte procedurale sono state spesso determinate da fattori organizzativi e logistici. In altri termini hanno inciso in modo significativo elementi quali il grado di autonomia della struttura erogatrice, la sua collocazione rispetto ai servizi di supporto sanitari dell'ospedale e, di conseguenza, dei relativi livelli di integrazione organizzativa.

La definizione del processo produttivo per le patologie, indagate nelle strutture oggetto di analisi, offre due opportunità di estremo rilievo:

— il confronto temporale: il sistematico monitoraggio dei percorsi effettuati, rende possibile comprendere quali azioni, organizzative e/o cliniche, consentono un miglioramento nei risultati complessivi (di salute ed economici);

— il confronto spaziale: l'aver definito il percorso di riferimento di strutture di erogazione differenti per patologie o problemi sanitari omogenei, consente di effettuare confronti puntuali delle diverse fasi di sviluppo dei

processi al fine di «importare» o «esportare» segmenti di processo che risultano migliorativi dei risultati prodotti.

Si tratta di opportunità che richiedono, da parte dell'azienda interessata, uno sforzo sul piano della progettazione e realizzazione di supporti informativi adeguati che, peraltro, per essere realizzati richiedono un ulteriore sforzo di analisi aggiuntivo a quello già effettuato.

7. Valutazioni sullo stato di sviluppo della *day surgery*

L'analisi dello stato di sviluppo della *day surgery* in Regione Veneto, realtà senza dubbio all'avanguardia a livello nazionale in materia di *day surgery*, ha consentito di evidenziare una serie di aspetti che, con tutta probabilità, caratterizzano anche lo stato dell'arte della *day surgery* di molte regioni italiane:

a) il processo di cambiamento legato all'introduzione della *day surgery* è avvenuto, in generale, mediante l'adozione di progetti organizzativi sostanzialmente arretrati rispetto all'esperienza maturata in altri Paesi occidentali;

b) alla quota di capacità produttiva chirurgica dedicata alla *day surgery*, misurata in posti letto, appare ancora sottoutilizzata in relazione alla quota di casi trattati in tale regime assistenziale;

c) le azioni adottate per lo sviluppo della *day surgery* e, in particolare, l'allocatione di posti letti dedicati sono risultate insufficienti al fine promuovere la razionalizzazione della rete ospedaliera, nella direzione indicata dalla L. n. 382 del 18 luglio 1996, anche a causa di fattori quali il progressivo invecchiamento della popolazione.

La situazione appena descritta, per poter essere correttamente interpretata e valutata, richiede l'approfondimento di due temi fondamentali:

— i motivi che, pur partendo dalla considerazione che il modello assistenziale in esame è stato introdotto nel nostro Paese solo in tempi relativamente recenti, hanno generato l'attuale assetto della *day surgery*;

— i possibili margini di sviluppo futuro in una realtà che eredita alcuni elementi caratteristici e talmente consolidati, quale l'articolazione della rete ospedaliera, da rappresentare un vincolo progettuale fondamentale.

La progettazione, implementazione e consolidamento di un nuovo modello assistenziale, infatti, rappresenta un importante processo di cambiamento che tocca gli interessi di soggetti diversi e che, naturalmente, hanno attese specifiche differenti pur nell'ambito di interessi generali convergenti. L'esistenza di specifiche attese, peraltro, non è condizione sufficiente per l'avvio dei processi di cambiamento. Essi, infatti, si realizzano in presenza di opportune «spinte» e di «condizioni di realizzazione».

È dall'analisi di tutti gli aspetti citati, sinteticamente rappresentati in fi-

gura 7.1, che è possibile comprendere le cause che hanno determinato l'attuale assetto della *day surgery* in Regione Veneto.

L'ospedalizzazione, come è noto, comporta per il paziente, nei migliori dei casi, lo stravolgimento dei ritmi di vita e, spesso, minitraumi psicologici dovuti alla sensazione di essere impotente, di fronte al proprio problema di salute, anche a causa delle difficoltà che si incontrano nell'umanizzare, in ambito di ricovero ospedaliero, il rapporto tra paziente ed operatori sanitari. In altri termini, il ricovero ospedaliero non è esperienza gradita dal paziente e, come conseguenza, si reputa che lo sviluppo di processi assistenziali che riducono ai momenti essenziali la permanenza in ospedale del paziente, come nel caso della *day surgery*, sia sinonimo di migliore qualità per il paziente ed i suoi famigliari.

L'aspettativa del paziente, quindi, può essere sintetizzata nel desiderio di non essere ricoverato (in regime ordinario), sebbene ciò sia contrapposto alla esigenza di sentirsi sicuro e in ambiente protetto.

Nel momento in cui lo sviluppo delle tecniche chirurgiche ed anestesiológicas consente il trattamento del paziente in un regime ospedaliero diverso dal ricovero ordinario e che, a parità di efficacia sanitaria, può consentire anche un minore impiego di risorse economiche, anche rispetto ai principi generali di etica, il trattamento in regime di *day surgery* diventa la risposta più appropriata per risolvere un numero significativo di problematiche sanitarie. Ciò spinge numerosi professionisti ad adottare il processo assistenziale della *day surgery*. Tuttavia, come si è evidenziato in precedenza, estremamente limitate sono le spinte verso l'adozione di modelli organizzativi compatibili con il processo assistenziale della *day surgery*. Infatti i modelli organizzativi più complessi,

scarsamente diffusi in Italia e nel Veneto, prevedono che le risorse strutturali siano condivise tra più gruppi di professionisti.

L'attesa dei professionisti, quindi, può essere sintetizzata nella possibilità di gestire il problema di salute del paziente mediante l'approccio diagnostico-terapeutico più appropriato e coerente con i principi etici generali dell'efficacia sanitaria e del corretto utilizzo delle risorse. Peraltro tale attesa non è disgiunta da quella di poter gestire i processi sanitari in un contesto che garantisca, oltre a quella professionale, l'autonomia nella gestione delle risorse necessarie a tale scopo. Autonomia che, peraltro, non è limitata al momento della scelta della tipologia e quantità di risorse da impiegare rispetto ad uno specifico processo, ma si estende alla organizzazione e gestione di risorse complessivamente ed esclusivamente dedicate alla attività di un'intera specialità in coerenza con lo sviluppo dei modelli organizzativi

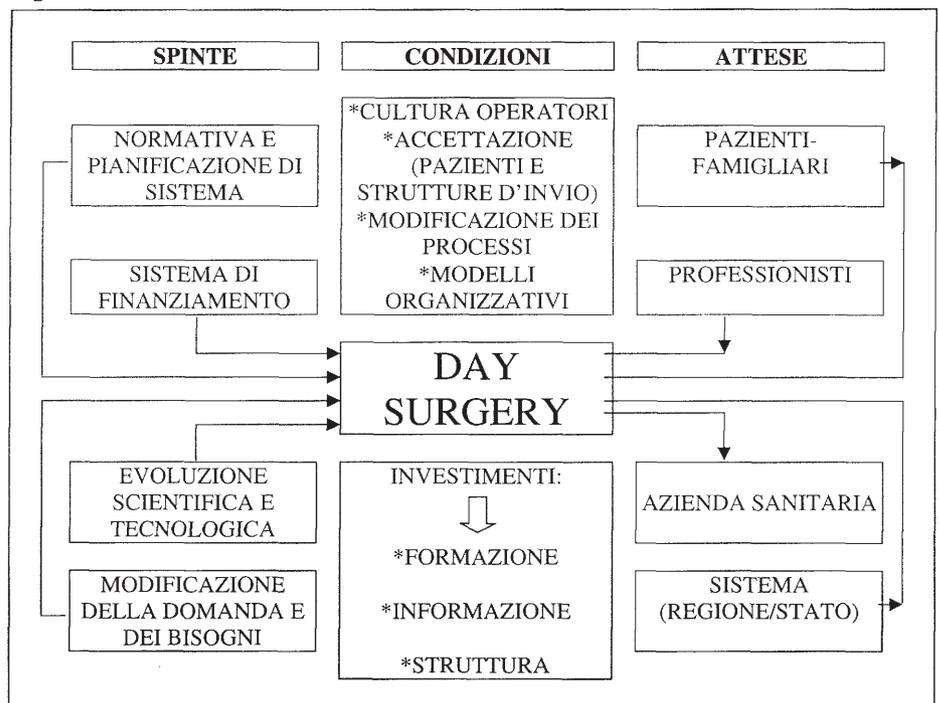
sanitari italiani degli ultimi 20-30 anni.

L'avvio della *day surgery*, almeno da un punto di vista potenziale, determina ulteriori effetti particolarmente interessanti se valutati rispetto alle esigenze aziendali, regionali e nazionali:

— garantisce un vantaggio competitivo: si tratta di un aspetto di rilievo per l'azienda anche in ragione delle modalità di finanziamento introdotte con il D.L.vo 502/92. Se effettivamente il paziente preferisce essere trattato in regime di *day surgery*, l'avvio di tale modello assistenziale offre la possibilità di attrarre un maggior numero di pazienti e, quindi, di ottenere maggiori finanziamenti (azienda ospedaliera) o di ridurre i costi della mobilità passiva (aziende USL);

— consente, almeno da un punto di vista potenziale, di razionalizzare l'uso delle risorse: alcuni studi, effettuati in Paesi dove la *day surgery* si è già affermata, dimostrano che la quantità di

Figura 7.1 - I fattori del cambiamento



risorse necessarie per gestire il paziente in regime di *day surgery* sono sensibilmente inferiori (dal 20 all'80% in meno in ragione della patologia da affrontare) a quelle utilizzate nell'omogeneo processo assistenziale gestito in regime di ricovero ordinario. Ciò è elemento di estremo interesse sia per l'azienda sia per gli organi di governo della sanità di livello superiore (Stato e Regioni);

— facilita il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera: è generalmente riconosciuto che, grazie alle caratteristiche del processo assistenziale della *day surgery*, il fabbisogno di posti letto, a parità di pazienti, è sensibilmente inferiore nelle realtà nelle quali tale modello assistenziale è stato concretamente avviato.

In sintesi, le attese aziendali e del sistema, ferma restando la finalità di tutela della salute dei cittadini, possono essere rappresentate dalle opportunità offerte in materia di miglioramento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, agendo sulle attività (azione prevalentemente aziendale), sulla struttura dei costi (azione prevalentemente di sistema) e di razionalizzazione nell'allocazione delle risorse.

Se da un lato è possibile identificare le «spinte» a favore dello sviluppo della *day surgery*, dall'altro, l'analisi condotta in Regione Veneto, ha consentito di evidenziare i principali ostacoli o barriere:

— le attese dei pazienti e dei loro familiari generano una modificazione nei confronti della struttura di erogazione. Attese inevitabilmente condizionate dall'informazione disponibile, dagli indirizzi o suggerimenti forniti dalle strutture d'invio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti extra-ospedalieri) e, ovviamente, dai comportamenti consolidati del passato. In merito agli aspetti

in esame, l'analisi condotta in Regione Veneto ha evidenziato una generale scarsa attenzione al problema. Solo in rare occasioni, infatti, la struttura erogatrice si è preoccupata di instaurare con il paziente e/o con la struttura d'invio un rapporto basato su una completa e strutturata informazione specifica riguardo al trattamento in regime di *day surgery*. Il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta nella fase di selezione del paziente, infatti, avviene solo nel 37,7% delle strutture che svolgono attività di *day surgery*. Il consenso informato avviene mediante l'utilizzo di un modulo specificamente predisposto per la *day surgery* solo nel 69,1% delle unità, così come solo il 48,3% delle stesse unità forniscono informazioni scritte specifiche sul trattamento in regime di *day surgery* al paziente. L'analisi dei processi produttivi, infine, ha evidenziato solo in un caso l'esistenza di un'attività informativa capillare nei confronti dei soggetti esterni mediante pubblicazioni rivolte a specialisti esterni e ai medici di medicina generale. L'approccio osservato rischia, quindi, di creare una barriera tra pazienti e strutture d'offerta rendendo meno rapido il cambiamento di orientamento dei primi a favore della *day surgery*;

— relativamente ai professionisti, va sottolineato il decisivo ruolo da loro svolto per lo sviluppo della *day surgery* modificando ed adattando progressivamente i processi produttivi. Cambiamento che, tuttavia, non si è esteso anche nell'adozione di modelli organizzativi ponendo in chiara evidenza le difficoltà, legate anche a fenomeni di «resistenza» al cambiamento organizzativo, che si incontrano nell'avviare modelli organizzativi «complessi», basati sulla comunione delle risorse tra più unità organizzative, spesso, di specialità differenti. È questo il caso dei dipartimenti e, nello

specifico, della progettazione ed attivazione di unità di *day surgery* multidisciplinari;

— per quanto riguarda le spinte aziendali e del sistema, l'indagine ha consentito di evidenziare una situazione, almeno in parte, contraddittoria. La Regione, su tale fronte, ha avviato una serie di azioni, a partire dal 1996, finalizzate a garantire il rapido diffondersi della *day surgery* anche attraverso l'adozione di specifici modelli organizzativi. Si ricordano, in tale ambito, i provvedimenti assunti in materia di linee guida per la *day surgery*, la definizione, in più fasi, di una lista di interventi chirurgici e procedure invasive eseguibili in regime di *day surgery*, l'elaborazione di politiche tariffarie specifiche e la valutazione dei progetti di ristrutturazione edilizia anche nell'ottica di garantire assetti logistici appropriati per la *day surgery*. Le aziende sanitarie, per contro, hanno svolto un ruolo sostanzialmente «passivo» lasciando ai professionisti il compito di sviluppare la *day surgery* secondo i modelli ed i criteri ritenuti, da questi ultimi, più idonei. Ciò è talmente diffuso che, sulla base dei risultati ottenuti con la ricerca, si è portati a sostenere che non esiste un modello di riferimento aziendale.

I comportamenti aziendali e regionali, relativi alla *day surgery*, meritano un approfondimento in quanto decisivi nell'orientare e sviluppare il modello assistenziale in parola. Analizzando nel dettaglio le cause che hanno generato la situazione osservata, infatti, è possibile rilevare che, in realtà, i comportamenti evidenziati sono entrambi coerenti. La regione ha compreso le opportunità offerte dallo sviluppo della *day surgery* e, pertanto, si è attivata al fine di favorirne lo sviluppo per trarne i benefici attesi. La politica che prevedeva, almeno a tutto il 1998, l'applicazione di tariffe abbattute per le prestazioni rese in regime di

day surgery, rispetto a quelle effettuate in regime di ricovero ordinario, era sostanzialmente volta a garantire una riduzione nella quantità complessiva di risorse da destinare al settore specifico.

I problemi a livello di singola azienda, al fine di perseguire migliori livelli di equilibrio economico-finanziario, sono senza dubbio più articolati. In particolare si osserva che:

— lo sviluppo della *day surgery*, secondo modelli organizzativi coerenti ed avanzati, presuppone il parallelo sviluppo del modello organizzativo di tipo dipartimentale e per aree funzionali omogenee. Ciò, come si è già avuto modo di scrivere, è fonte di resistenze forti da parte dei professionisti che vedono, in tale operazione, il pericolo di non poter disporre di risorse certe o di subire ridimensionamenti;

— l'avvio della *day surgery* comporta interventi strutturali che, in alcune circostanze, richiedono notevoli investimenti;

— il reale sviluppo della *day surgery* è comunque condizionato, nel bene e nel male, dalle politiche regionali generali e specifiche e, in particolare, dal sistema di tariffazione delle prestazioni.

Da ciò discende che lo sviluppo della *day surgery*, a livello aziendale, deve essere correlato a processi di cambiamento di respiro pluriennale che non possono essere limitati alla sola modificazione dei processi produttivi e, neppure, alla definizione di assetti organizzativi e logistici specifici per la sola *day surgery*. Tale processo di cambiamento, infatti, coinvolge l'intera struttura e deve essere inserito nel più ampio progetto di riorganizzazione aziendale. La progettazione, inoltre, deve essere strutturata in modo da rispettare quanto previsto dalle politiche regionali, ma realizzata in modo da essere coerente con le esigenze di equilibrio economico-finanziario

complessivo aziendale. Proprio a causa dei problemi che si incontrano su quest'ultimo aspetto a livello aziendale, spesso, si sviluppano progettualità «adattive» di breve periodo rispettose, nella forma, degli indirizzi regionali ma sostanzialmente inadeguate rispetto alle esigenze ed alle attese dell'organismo finanziatore.

In altri termini, le aziende sanitarie, sulla scorta della valutazione della propria struttura dei costi, del grado di rigidità degli stessi e dell'impatto sull'equilibrio economico derivante dalla modificazione dell'attività svolta, hanno privilegiato azioni che tendono a sfruttare al meglio i benefici che possono essere ottenuti dalla *day surgery* nel breve periodo. Al fine di meglio chiarire il contesto nel quale si sviluppano le azioni aziendali, è opportuno approfondire il tema dell'equilibrio economico valutando distintamente l'impatto della *day surgery* sul fronte dei costi di produzione e dei «ricavi».

Relativamente ai costi di produzione, studi condotti nei Paesi in cui la *day surgery* si è affermata da più tempo, sostengono la possibilità di ridurre la quantità di risorse impiegate per singola prestazione prodotta dal 20 all'80%, a seconda della tipologia d'intervento effettuato, rispetto all'omogeneo trattamento in regime di ricovero ordinario. L'analisi dei processi produttivi condotta in Regione Veneto, tuttavia, ha messo in chiara evidenza che la quantità di risorse direttamente assorbite dalla prestazione resa in regime di *day surgery* è sostanzialmente equivalente a quella dell'omogenea prestazione in ricovero ordinario. In effetti, le due modalità di erogazione della prestazione, confrontando situazioni nelle quali il paziente può essere trattato in regime di *day surgery*, utilizzano la medesima quantità di personale, materiale di consumo, prestazioni diagnostiche e tempo di sala operatoria. L'unica differenza

concreta, tra i due modelli assistenziali, è rappresentata dal fatto che il paziente, nel caso di ricovero ordinario, pernotta presso la struttura ospedaliera la notte precedente e quella successiva all'intervento chirurgico generando, in tal modo, costi differenziali solo per la componente alberghiera.

I risultati ottenuti in Veneto sono solo apparentemente in contraddizione con i dati di costo relativi alle strutture sanitarie di altri Paesi. La differenza è riconducibile, infatti, al diverso impatto generato, sulla singola prestazione, dai costi indiretti e, in particolare, dai costi di struttura. Modelli organizzativi di *day surgery* che prevedono strutture dedicate, infatti, consentono di articolare l'attività sui soli giorni feriali limitandola alle ore diurne (dalle 8.00 alle 18.00). Tale assetto consente di svolgere l'attività con personale ridotto e generando, quindi, costi per prestazione significativamente inferiori a quelli sostenuti secondo i modelli organizzativi tradizionali.

La considerazione appena formulata, pone in risalto l'inadeguatezza, sul fronte economico, del modello organizzativo maggiormente diffuso nel Veneto e, più in generale, in Italia. L'identificazione di alcuni posti letto dedicati alla *day surgery*, nell'ambito di una unità operativa che gestisce l'attività ordinaria, infatti, non è in grado di promuovere il miglior utilizzo ed allocazione delle risorse.

Peraltro la costituzione di unità autonome di *day surgery* non è elemento sufficiente per garantire vantaggi in termini di riduzione dei costi. Altri due fattori paiono essere fondamentali a tale scopo:

a) la creazione di unità autonome di *day surgery* richiede, in ogni caso, quantità di risorse dedicate (personale, sale operatorie, spazi e tecnologia) non utilizzabili in modo razionale da un'unica specialità. La *day surgery*, infatti, utilizza quote di risorse dedica-

te relativamente limitate se legate ad una sola specialità. La soluzione, pertanto, consiste nella creazione di unità autonome multidisciplinari che determinano, inevitabilmente, il problema della comunione delle risorse tra diversi gruppi di professionisti;

b) il processo di riallocazione delle risorse, derivante dall'attivazione di unità autonome multidisciplinari di *day surgery*, non incide in modo significativo sulle risorse dedicate delle unità operative d'origine. In altri termini, sottraendo 5 posti letto da un reparto chirurgico di 40, il fabbisogno di personale infermieristico in turno non si modifica se non in casi eccezionali. L'attivazione di unità multidisciplinari di *day surgery*, quindi, deve essere necessariamente collegato al processo di dipartimentalizzazione della struttura ospedaliera.

Se agire sui costi di produzione risulta particolarmente complesso e, in ogni caso, legato ad una progettualità di carattere pluriennale, molte aziende hanno comunque cercato di promuovere la *day surgery* al fine di sfruttarne i potenziali vantaggi sul fronte dei «ricavi».

In effetti, la *day surgery*, come si è già avuto modo di sottolineare in precedenza, offre vantaggi competitivi per l'azienda che la sviluppa. Ciò si traduce, in via potenziale, in un incremento di attività che dovrebbe essere assorbito da processi più snelli e, quindi, in grado di utilizzare meglio le risorse di tipo strutturale. L'incremento di attività, infine, si traduce in maggiori finanziamenti per l'azienda ospedaliera o minori costi di mobilità passiva per l'azienda USL.

Diversi sono gli elementi di complessità rispetto alla possibilità di garantire, per l'azienda, migliori livelli di equilibrio economico attraverso azioni limitate ad agire sui livelli di attività:

— la concreta possibilità di migliorare i livelli di efficienza è fortemente condizionata, come si evince anche dai dati della Regione Veneto, dalla definizione di assetto organizzativo coerente con la *day surgery*. In altre parole mediante la progettazione e l'avvio di unità autonome anche dal punto di vista della disponibilità di sala operatoria. È quest'ultimo, non la disponibilità di posti letto, il fattore critico per lo sviluppo di un'attività chirurgica che basa sulla funzionalità e la rapidità d'esecuzione il proprio successo. Qualunque altro modello rischia di generare solo limitati miglioramenti dell'efficienza e, come è accaduto in Regione Veneto, senza dubbio inferiori alle attese;

— la possibilità di disporre di un reale vantaggio competitivo, mediante l'avvio e lo sviluppo della *day surgery*, è legato alle capacità d'adattamento delle altre aziende sanitarie, pubbliche e private, operanti nel medesimo ambito territoriale e che, nel caso di semplice modificazione dei processi produttivi, è estremamente rapida. Tale situazione potrebbe vanificare gli sforzi delle aziende USL al fine di contenere o eliminare i fenomeni di fuga;

— la traduzione in termini economici dell'eventuale vantaggio competitivo o, in ogni caso, dell'incremento dei livelli prestazionali è inevitabilmente funzione dei meccanismi di finanziamento concretamente applicati nei diversi contesti regionali. La possibilità, per le aziende ospedaliere, di ottenere finanziamenti aggiuntivi a fronte dell'incremento dell'attività vanno valutati almeno rispetto a due fattori:

a) le caratteristiche della regressione tariffaria, legata alle prestazioni aggiuntive, nella regione in cui l'azienda opera. Sistemi di regressione che portano ad abbattimenti di tariffa significativi e repentini, all'aumentare

delle prestazioni prodotte, possono rendere non conveniente, sul piano squisitamente economico, lo sviluppo di attività o processi che portano all'incremento delle prestazioni;

b) la disponibilità di risorse complessive della Regione è sostanzialmente indipendente dai livelli di prestazioni prodotte dalle aziende sanitarie accreditate della stessa. Un incremento generalizzato delle prestazioni genera situazioni di bilancio aziendali che rischiano di non essere riconosciute sul piano dei finanziamenti reali. Non a caso, con il D.L. vo 229/99, è stato introdotto, quale strumento per la determinazione dei livelli di finanziamento, il concetto di accordo contrattuale (7).

Al fine di completare l'analisi dei fattori che favoriscono od ostacolano lo sviluppo della *day surgery*, appare opportuno affrontare un'ultima tematica: la politica tariffaria specifica. In merito a quest'ultimo aspetto, si osserva che le Regioni, tra queste il Veneto fino al 1998, hanno spesso stabilito sistemi di tariffazione differenziati: prevedendo una tariffa abbattuta per la prestazione resa in regime di *day surgery* rispetto alla medesima prestazione erogata in regime di ricovero ordinario. Pur essendo quello della tariffa un problema secondario rispetto a quello dell'appropriatezza della prestazione, esso resta, in ogni caso, un elemento che influisce significativamente sulle scelte aziendali e, in alcune situazioni, sui comportamenti dei professionisti.

La definizione di tariffe abbattute per la prestazione resa in regime di *day surgery* nasce dalla constatazione che, come si è già scritto, con tale modello assistenziale la quantità di risorse necessarie è ridotta rispetto a quella utilizzata nel ricovero ordinario e, quindi, dalla opportunità, per l'ente finanziatore, di ottenere un vantaggio dallo sviluppo della *day surgery* libe-

rando risorse utilizzabili su altri fronti sanitari.

Si tratta inequivocabilmente di una politica erronea. Infatti la tariffa abbattuta porta l'azienda a non sostenere il processo di *day surgery* attraverso l'adozione di modelli organizzativi avanzati. Questi ultimi, infatti, necessitano, per essere realizzati, di investimenti (logistica soprattutto, ma anche formazione del personale) e un'azione importante di cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione, passando da modelli che prevedono l'allocatione di risorse in modo da rendere autonoma ciascuna unità operativa a modelli che prevedono la comunione, almeno in parte, di risorse. Tale sforzo al fine ottenere vantaggi economici che, in realtà, vengono capitalizzati dalla Regione.

Il cambiamento, in questi casi, si riduce nell'autorizzare l'attività di *day surgery*, dedicando alcuni posti letto di unità operative che, normalmente, svolgono attività di ricovero ordinario e non dedicando anche altre fondamentali risorse che consentono un rapido consolidarsi del nuovo modello assistenziale (sale operatorie dedicate, sale medicazione ed accettazione, personale infermieristico, ecc.).

Più adeguata, invece, appare la politica che prevede l'unificazione delle tariffe delle prestazioni rese in regime di ricovero ordinario e di *day surgery*. La tariffa unica è senza dubbio la strada corretta per sostenere lo sviluppo della *day surgery*. Infatti, di fronte ad una tariffa singola, l'azienda tenderà a sviluppare il modello assistenziale ed organizzativo più coerente per ottenere i risultati migliori sia sul piano sanitario che quello economico.

8. Prospettive, politiche e strumenti per lo sviluppo della *day surgery*

Molte regioni italiane, da alcuni anni, si stanno attivando al fine di pro-

muovere la *day surgery* mediante la definizione di linee guida, elaborando politiche tariffarie specifiche e formulando liste di riferimento per gli interventi e le procedure chirurgiche eseguibili in tale regime assistenziale (8). Azioni che non sempre si sono rivelate in grado di produrre gli effetti attesi. In effetti, anche in ragione dei risultati della ricerca, è importante che le Regioni promuovano una serie ulteriore d'iniziative, da inserire in un programma di interventi, di durata almeno triennale, che consentano di:

1) operare a livello regionale una distinzione tra chirurgia ambulatoriale e *day surgery*, con o senza pernottamento, e di identificare gli interventi e le procedure da eseguire in tali regimi assistenziali;

2) definire i criteri per la programmazione dei posti letto chirurgici, ordinari e per l'assistenza a ciclo diurno;

3) favorire lo sviluppo, a livello aziendale, della *day surgery* attraverso la definizione di obiettivi ai direttori generali, volti a promuovere un aumento della percentuale di trasferimento di alcune patologie dal regime ordinario a quello diurno;

4) promuovere lo sviluppo dei modelli organizzativi, quali le unità autonome e le unità di degenza multidisciplinari, attraverso la riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera e, quindi, dei servizi chirurgici;

5) avviare programmi di formazione di tutte le figure professionali coinvolte: medici ospedalieri, infermieri, dirigenti amministrativi, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;

6) promuovere il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, soprattutto attraverso la partecipazione alle fasi di valutazione preoperatoria del paziente;

7) avviare campagne informative a favore della popolazione;

8) monitorare il decorso delle attività di *day surgery*, sia dal lato dell'offerta sia da quello della domanda, ed istituire un gruppo permanente di esperti per lo studio delle varie componenti relative alle iniziative elencate.

La distinzione tra chirurgia ambulatoriale e day surgery

Per definire le attività chirurgiche diurne, vengono utilizzati termini differenti, quali *ambulatory surgery*, *day surgery*, *same day surgery*, *one day surgery*, etc., con notevoli difficoltà di tipo interpretativo, alle quali la *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) ha cercato di fornire una risposta, proponendo la seguente classificazione. Il termine *ambulatory surgery* deve considerarsi sinonimo di *day surgery* e *same day surgery* e non dovrebbe comprendere il pernottamento, che comunque è previsto nei casi di *extended recovery*. L'*ambulatory/day surgery* viene tenuta distinta dalla «office based ambulatory surgery», e cioè dalla possibilità di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche in studi medici o ambulatori, posti anche lontano da strutture di ricovero. In Italia, nella «Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche effettuate in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno», elaborata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali in collaborazione con numerose società scientifiche, e consegnata al Coordinamento delle regioni nel 1996, venne proposta una netta distinzione tra *day surgery* e chirurgia ambulatoriale e furono prodotte liste di possibili interventi e procedure da trasferire nei due modelli assistenziali

individuati. Con il termine di *day surgery* si intese «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale». Con il termine chirurgia ambulatoriale, invece, «la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici, ambulatori od ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia».

Nelle delibere di molte regioni, approvate su questo specifico argomento, non appare la distinzione tra *day surgery* e chirurgia ambulatoriale e la definizione di *day surgery* è quella riportata nel decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997: «Con il termine chirurgia di giorno (*day surgery*) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale».

Il concetto di chirurgia ambulatoriale, distinto da quello di *day surgery*, viene introdotto per la prima volta nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel quale è considerata prioritaria la «elaborazione di linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento agli interventi chirurgici elettivi per liberazione del *tunnel* carpale, legatura o asportazione di vene degli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia». Il recente D.L. vo 229/99,

riprende il tema in oggetto precisando, all'articolo 8-ter, comma 2, che «l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi». Il comma 4, a sua volta, nel precisare che l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, sottolinea che «in sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento (DPR del gennaio 1997, n.d.r.) si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi».

È chiara la volontà del legislatore di tenere distinti i due modelli assistenziali e di volere provvedere a definire i requisiti minimi anche per la chirurgia ambulatoriale.

Nel futuro, il numero di interventi chirurgici e procedure invasive e seminvasive potrebbe aumentare per una serie di ragioni, tra le quali la possibilità di intervenire più frequentemente ai due estremi della vita, in epoca neonatale e prenatale e nei soggetti molto anziani, ed il miglioramento delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche. Quindi, un certo numero di tali interventi verrebbe effettuato in regime ordinario, parte di quelli che oggi sono praticati in regime di ricovero ordinario potrebbe essere trasferita in regime di *day surgery*, con o senza pernottamento, e parte potrebbe essere trasferita dal regime di *day*

surgery al regime di chirurgia ambulatoriale. Ne è un esempio la cataratta che, secondo le linee guida della Società italiana di oftalmologia recentemente emanate, è considerata una patologia trattabile senza ricovero, come ampiamente dimostrato in molti Paesi.

La possibilità di considerare il pernottamento, infine, per le attività di *day surgery*, potrebbe rappresentare, nel trasferimento di un sempre maggiore numero di interventi dal regime ordinario a quello diurno, almeno in fase iniziale, un prezioso ausilio per valutare le tecniche chirurgiche e anestesologiche, studiare le possibili complicanze, favorire il grado di accettazione dei pazienti, ecc.

Alla necessità di tenere distinte la *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale, si lega quella della elaborazione e aggiornamento delle liste degli interventi che possono essere effettuati in ciascuno dei regimi assistenziali. A tale proposito si vuole rammentare che la questione appare ancora aperta sia a livello nazionale che internazionale, anche se ovunque sono utilizzate liste di interventi e procedure per consentire lo sviluppo di politiche di programmazione e l'introduzione di forme adeguate di finanziamento. Si ricorda, infine, quanto riportato nella Proposta di regolamentazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali relativamente alla stesura delle liste: «Si precisa che, se una patologia o tipo di intervento chirurgico compaiono in elenco, ciò non deve costituire alcun obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tali regimi assistenziali. Viceversa, il fatto che una patologia od un intervento non compaiano in elenco, non può essere assolutamente considerato vincolante in quanto, anche se nella generalità dei casi quel particolare intervento sarà più opportunamente eseguito in corso di un ricovero tradizionale, è ammissibile che, in centri specializzati, dove l'e-

sperienza e l'organizzazione sono particolarmente avanzati, quello stesso intervento possa essere eseguito secondo uno dei regimi proposti».

La programmazione dei posti letto di day surgery

Uno dei problemi maggiormente dibattuti a livello internazionale è rappresentato dal fatto di considerare le attività in regime di *day surgery* aggiuntive rispetto a quelle tradizionalmente svolte nei reparti chirurgici oppure sostitutive, tali, cioè, da determinare una riduzione del numero di posti letto dedicati alle attività ordinarie.

La questione è legata sostanzialmente allo sviluppo futuro della domanda di prestazioni chirurgiche. Le previsioni sembrano indicare, soprattutto nei Paesi con un più elevato numero di soggetti anziani, un aumento degli interventi e delle procedure invasive e seminvasive, favorito anche dall'introduzione di nuove tecniche chirurgiche ed anestesologiche. Ciò significa che ad un incremento del numero di posti letto dedicati alla *day surgery* potrebbe non corrispondere una riduzione significativa di quelli ordinari. Esempi internazionali come quelli offerti dalla Francia, dove le linee guida nazionali per lo sviluppo della *day surgery* prevedono che ad ogni posto letto dedicato alla *day surgery* corrisponda la dismissione di due posti letto ordinari chirurgici, deve essere letto in funzione della presenza in questo Paese di un numero molto elevato di posti letto pubblici e privati, e cioè di una offerta eccessiva.

Una seconda considerazione riguarda il timore, espresso da più parti a livello internazionale e nazionale, che la diversificazione del flusso dei pazienti chirurgici che si realizza in *day surgery* possa portare all'incremento assoluto delle prestazioni chirurgiche erogate, con conseguente au-

mento dei costi dei servizi, come, di fatto, avviene negli USA. A tale proposito sono però opportune alcune precisazioni. L'esercizio della medicina, in Italia, non è esclusivamente di tipo privatistico, e di questo ne è conferma il numero minore di interventi chirurgici che, proporzionalmente, vengono eseguiti in Europa rispetto agli USA. D'altro canto, nel Regno Unito come in Italia, a differenza degli USA, il sistema di finanziamento delle attività sanitarie, nei due Paesi europei inserite nel quadro di un Servizio sanitario nazionale, prevede un tetto di spesa annuo non valicabile, mentre, negli USA, esso non è mai stato introdotto.

A questo punto è difficile stabilire quanti posti letto ordinari chirurgici possono essere proporzionalmente diminuiti. A tale scopo, potrebbero essere avviate indagini regionali che consentano di valutare la tipologia delle attività chirurgiche svolte in un numero ristretto di unità operative per un periodo di tempo, al fine di rilevare il tasso di occupazione dei letti, la tipologia dei pazienti ricoverati per sesso ed età, l'effettuazione o meno dell'intervento chirurgico, il consumo di giornate di degenza, per rilevare modificazioni della domanda e valutare di conseguenza il fabbisogno di posti letto ordinari. Solo monitorando nel tempo questi fenomeni sarà, comunque, possibile stabilire la percentuale di riduzione dei posti letto ordinari, fenomeno che potrà presentare variazioni in ambito regionale tra le diverse strutture ospedaliere, in relazione anche alla tipologia delle discipline chirurgiche presenti.

La definizione degli obiettivi ai direttori generali

Il processo di aziendalizzazione avviato con il D.L.vo 502/92, recentemente modificato dal D.L.vo 229/99,

comporta la definizione di obiettivi specifici ai direttori generali sulla base della programmazione regionale. In particolare, l'articolo 3-bis, comma 5, del D.L.vo 229/99 così recita «Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi».

L'avvio o l'incremento di attività di *day surgery* può rientrare tra gli obiettivi assegnati ai direttori generali, ai quali debbono essere però fornite indicazioni specifiche a riguardo.

Ovviamente tali iniziative devono essere accompagnate da azioni di controllo, interno ed esterno. Il controllo interno deve prevedere la possibilità per il direttore generale di spiegare le ragioni del non raggiungimento dell'obiettivo, per rispettare, da una parte, la responsabilità del medico curante, dall'altra, la volontà dei pazienti, che in non pochi casi possono non prediligere questo modello assistenziale. Il controllo esterno è di pertinenza regionale e dovrebbe essere condotto prevalentemente sulle schede di dimissione ospedaliera prodotte, per valutarne l'appropriatezza.

La promozione di modelli organizzativi

I modelli organizzativi più diffusi a livello nazionale ed internazionale per lo svolgimento delle attività di *day surgery* comprendono:

a) l'utilizzo di posti letto dedicati situati all'interno della degenza ordinaria: in questo caso i pazienti usufruiscono delle sale operatorie secondo giornate o turni prestabiliti;

b) l'individuazione di una unità di degenza esclusivamente dedicata ai casi di *day surgery*. L'unità può essere mono o multidisciplinare, dotata o meno di sale operatorie dedicate. Nel caso in cui non siano state individuate sale operatorie dedicate i pazienti usufruiscono di quelle centrali secondo giornate o turni prestabiliti;

c) la creazione di una unità autonoma di *day surgery* dotata di accettazione, degenza, sale operatorie ed uffici amministrativi indipendenti.

I posti letto dedicati all'interno della degenza ordinaria rappresenta il modello più semplice da realizzare ed è quello più diffuso a livello nazionale.

Esso consente l'avvio delle attività in *day surgery* e favorisce la diffusione di una nuova cultura del lavoro, consente di ridurre comunque le liste di attesa delle singole unità operative ed, in alcune realtà ospedaliere, può rappresentare l'unico modello attivabile. Certamente non rappresenta il modello ideale per ospedali con volumi medio-alti di attività chirurgica, in quanto non garantisce di programmare al meglio le attività, anche utilizzando le sale operatorie in orari e turni prestabiliti, e non risponde pienamente alle prerogative della personalizzazione dell'assistenza.

Le unità di degenza dedicate sono strutture nelle quali sono ricoverati esclusivamente pazienti da sottoporre ad interventi in regime di *day surgery* e rappresentano il modello ideale per ospedali con attività chirurgica di media-elevata entità. Possono essere monospecialistiche, ubicate preferibilmente in ospedali specializzati (oculistici, ortopedici), oppure in ospedali generali nei quali sia preponderante

una specialità chirurgica. Possono essere dotate di sale operatorie dedicate o centrali, da utilizzare secondo orari e turni prestabiliti. Le unità multidisciplinari, invece, nelle quali confluiscono le attività chirurgiche dalle diverse unità di degenza ordinaria di un singolo dipartimento o di più dipartimenti, sono più complesse e richiedono una organizzazione del lavoro che tenga conto del numero di posti letto da dedicare alle singole discipline e della tipologia del personale infermieristico da impiegare. Anche in questo caso, le sale operatorie possono essere quelle centrali, utilizzate secondo turni prestabiliti, o dedicate.

Le unità autonome di *day surgery* sono indipendenti dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale con una organizzazione specifica e sono dotate di propri ambienti, mezzi e personale. L'istituzione di una unità autonoma può essere prevista per ospedali nei quali il volume/anno di interventi chirurgici sia elevato. Secondo il *Royal College of Surgeons of England*, in un ospedale che pratici 12.000 interventi chirurgici l'anno, una unità autonoma di 20 posti letto, dotata di due sale operatorie e funzionante per 240 giorni l'anno, con un indice di occupazione dell'80%, potrebbe garantire il trattamento di 3.840 casi. Inoltre, da numerosi studi condotti soprattutto negli Stati Uniti ed in Canada, risulta che la *day surgery* effettuata in unità autonome, consentirebbe risparmi sui costi dal 30 ad oltre il 50% rispetto a quelli sostenuti in regime di ricovero tradizionale.

Nel caso di aziende unità sanitaria locali, con all'interno più presidi ospedalieri, l'unità autonoma potrebbe coincidere con uno di questi, nel quale concentrare la maggior parte delle attività chirurgiche. Tale possibilità, che consentirebbe di garantire ai pazienti quelle prestazioni che, altrimenti, dovrebbero essere erogate

esclusivamente da strutture più grandi e decentrate, deve essere studiata alla luce di alcune considerazioni:

— la necessità di mediare tra la esigenza di accessibilità da parte dei cittadini e quella di sviluppare nelle singole unità un volume di attività adeguato sul piano tecnico-professionale e finanziario;

— la necessità di non separare permanentemente le *équipe*;

— la necessità di considerare le attività chirurgiche unitariamente a livello dipartimentale, sotto l'aspetto clinico, scientifico, tecnologico, didattico ed organizzativo.

La costituzione di unità autonome e unità di degenza multidisciplinari presuppone una intensa opera di riorganizzazione interna delle attività chirurgiche, anche di quelle ordinarie, ed una grande capacità di lavorare in gruppo, per cui qualsiasi iniziativa in tale senso deve essere accompagnata dal contemporaneo avvio di programmi di formazione ed aggiornamento di tutto il personale coinvolto.

I programmi di formazione

L'avvio delle attività in regime di *day surgery* potrà essere garantito solo attraverso l'implementazione di programmi di formazione di tutte le figure professionali impegnate. La *day surgery* deve essere svolta da personale medico ed infermieristico esperto, al quale è richiesto un maggiore impegno per garantire risultati esaurienti in termini di minori complicanze e soddisfacimento delle attese dei pazienti.

In particolare, la formazione e l'aggiornamento dovranno associare gli aspetti tecnico-professionali a quelli manageriali in quanto rivolti a figure professionali che ricoprono ruoli decisionali. I settori dell'insegnamento dovranno essere interdisciplinari in quanto vi dovranno confluire non solo le discipline tecniche specifiche ma

anche quelle rivolte all'organizzazione dei servizi ed alla loro gestione amministrativa e finanziaria. Per le ragioni su esposte, i formatori dovranno rispondere a specifici requisiti di professionalità e potranno essere ricercati tra:

- docenti delle scuole di specializzazione in chirurgia;
- personale medico ed infermieristico operante nelle strutture del servizio sanitario nazionale;
- personale con comprovata esperienza nel settore.

Un discorso a parte merita la formazione del personale infermieristico, ed in particolare del/della caposala, i cui compiti possono essere così sintetizzati:

- essere responsabile delle procedure di ammissione e dimissione dei pazienti;
- essere responsabile della programmazione e coordinamento delle attività assistenziali;
- coordinare i servizi preposti;
- esercitare opera di controllo sulle infezioni;
- raccogliere dati sulla qualità del servizio.

Ciò presuppone una formazione mirata alle uniche figure che debbono essere dedicate esclusivamente alle attività di *day surgery*, quelle infermieristiche.

Per quanto riguarda le modalità di svolgimento della formazione infermieristica, risulta importante definire programmi di formazione ed aggiornamento rivolti sia agli infermieri che afferiscono alle scuole specifiche ed ai corsi di laurea, sia agli infermieri che già lavorano presso le diverse istituzioni pubbliche e private.

La formazione potrà svilupparsi nelle relative scuole in corsi della durata di un anno inseriti nel piano di studi del relativo corso, mentre l'aggiornamento del personale già operan-

te in strutture ospedaliere può svilupparsi sotto forma di seminari intensivi.

Le sedi della formazione e dell'aggiornamento possono essere individuate nelle Università, nelle strutture del SSN, oppure in sedi e centri di formazione specializzati. L'Università, in particolare, è la sede di formazione e di sviluppo di una specifica cultura in *day surgery* sia attraverso l'istituzione di nuovi corsi, che la razionalizzazione e l'innovazione degli insegnamenti già attivati.

Le strutture del servizio sanitario nazionale, invece comprendono le unità operative nelle quali la *day surgery* sia di fatto operante. Altre sedi sono i centri di formazione specializzati, pubblici e privati (purché se ne possano controllare e verificare i risultati).

La formazione dovrà riguardare i medici ospedalieri, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, anche sulla base di quanto sarà previsto nei rispettivi Contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Il coinvolgimento del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta deve avvenire principalmente in due fasi, quella della selezione del paziente e quella della dimissione. Dai dati della ricerca condotta nel Veneto emerge che il medico di medicina generale, è coinvolto nella fase di selezione del paziente solo dal 37% delle U.O. di *day surgery*. I rapporti tra l'ospedale ed il medico di medicina generale sono spesso limitati alla predisposizione di una lettera di dimissione indirizzata al medico curante.

In realtà, il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta dovrebbero essere coinvolti maggiormente nelle fasi di selezione, il che

consentirebbe ad esempio, di avere un quadro più completo delle condizioni generali del paziente e potrebbe portare anche ad una riduzione del numero delle indagini preoperatorie. Per favorire questi processi, dovrebbero essere avviate una serie di iniziative atte a promuovere più frequenti contatti tra la struttura ospedaliera ed il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta. Per agevolare tali iniziative ci si potrebbe riferire sia alle esperienze già avviate nelle diverse regioni sia ad una ricerca condotta su 1200 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nel 1999, nella regione Piemonte, promossa congiuntamente dalla FIMMG, dalla Federazione italiana dei medici pediatri e dalla Federazione italiana di *day surgery*, allo scopo di valutare il grado di informazione dei medici operanti sul territorio relativamente alla *day surgery*, alla tipologia di patologie da trattare, al fabbisogno assistenziale successivo al ricovero ed alle esigenze di tipo formativo. A tale scopo, è stato somministrato a 1200 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta un questionario per valutare il grado di conoscenza della *day surgery*, le aspettative in termini di assistenza e la disponibilità di integrazione con l'assistenza ospedaliera. I dati ottenuti mostrano che molti medici sono a conoscenza di tale modello assistenziale ma vorrebbero ottenere maggiori informazioni relativamente alla tipologia di interventi trasferibili, ai vantaggi e limiti di tale modello assistenziale, alla conoscenza dei centri presso i quali si effettua. Oltre l'80% dei medici ha manifestato la volontà di una conoscenza diretta della struttura e di più numerosi contatti telefonici.

Le campagne informative

Deve essere condotta una corretta opera di informazione della popola-

zione per chiarire che, quando le condizioni individuali lo consentano, l'assistenza prestata dalla chirurgia ambulatoriale/*day surgery* porta a dei risultati che sono almeno pari a quelli del ricovero ordinario, ma con minor disagio personale.

Fondamentale è l'informazione ai cittadini attraverso i *mass media* e qualunque altro strumento utile a fare comprendere che la *day surgery* non viene introdotta per «risparmiare», ma, principalmente, per assicurare un migliore servizio ai cittadini. Il coinvolgimento di questi ultimi dovrebbe essere promosso dalla regione, prevedendo la partecipazione di rappresentanti dei cittadini in appositi gruppi di lavoro istituiti per elaborare e valutare specifici programmi orientati anche a conoscere le opinioni dei cittadini sull'argomento, sia di quelli che ne hanno avuto esperienza personale, sia della comunità nel suo complesso.

Il monitoraggio delle attività di day surgery e la costituzione di un Gruppo di lavoro permanente

Lo sviluppo della *day surgery* è un processo dinamico, in continua evoluzione e per questo richiede un monitoraggio costante di quanto accade sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda. Per quanto riguarda l'offerta potrebbe essere utile riprodurre la metodologia di analisi elaborata nella prima parte di questa ricerca con lo scopo principale di fornire un quadro sempre aggiornato della situazione per consentire le opportune valutazioni ed interventi a livello programmatico. Il monitoraggio delle attività di *day surgery* svolte dovrebbe interessare soprattutto gli aspetti organizzativi, quali e quanti modelli organizzativi sono stati avviati nelle singole realtà ospedaliere, rilevando anche le modificazioni che nel frattempo possono interessare le unità di degenza

ordinaria. Infatti, la creazione e lo sviluppo di unità autonome o di degenza multidisciplinare potrebbe determinare grandi cambiamenti nel settore ordinario, nel quale i pazienti ricoverati potrebbero essere pazienti clinicamente più complessi. Dal lato della domanda, i processi di monitoraggio dovrebbero non essere limitati alla valutazione del potenziale di trasferibilità degli interventi dal settore ordinario a quello in *day surgery*, ma dovrebbero investire analisi più complesse su tutta la domanda chirurgica per cogliere modificazioni della stessa nel tempo.

Come si ricava da quanto espresso nei punti precedenti, numerose sono le iniziative che debbono essere avviate a livello regionale e che devono certamente rispondere alla prerogativa di un'azione di coordinamento tra le diverse istituzioni e figure professionali. A tale scopo, e per facilitare l'opera dell'Assessorato alla sanità, potrebbe essere istituito un Gruppo permanente di lavoro con i seguenti compiti e funzioni:

- 1) chiarire la distinzione tra chirurgia ambulatoriale e *day surgery*;
- 2) valutare i dati emergenti dal monitoraggio dell'offerta e della domanda di *day surgery* proponendo possibili soluzioni e programmi di intervento;
- 3) monitorare i programmi di formazione;
- 4) preparare le campagne di informazione alla popolazione;
- 5) favorire il coinvolgimento dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- 6) valutare, alla luce dei diversi contratti collettivi nazionali di lavoro, la possibilità di incentivazione del personale medico ed infermieristico.

Per svolgere queste funzioni il Gruppo di lavoro permanente dovrebbe essere costituito da esperti nominati dalla regione, da rappresentanti dei

medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, e da rappresentanti dei cittadini per la elaborazione di campagne informative alla popolazione.

(1) Le aziende nelle quali sono state approfondite le tematiche relative ai cambiamenti organizzativi e lo studio dei processi produttivi di cui al successivo punto e), sono: le aziende USSL di Castelfranco Veneto-Asolo, Rovigo e Treviso, e le Aziende ospedaliere di Padova e Verona. Alle persone che, in tali aziende, hanno collaborato allo sviluppo della ricerca va il nostro ringraziamento per il contributo fornito ai risultati conseguiti.

(2) Le due liste utilizzate fanno riferimento all'elenco degli «interventi eseguibili in *day surgery*, adottata dalla Regione Veneto con deliberazione n. 3609 del 5 agosto 1996 (successivamente modificata ed integrata con deliberazione n. 4544 del 16 dicembre 1997)» ed all'elenco predisposto dalla Federazione italiana di *day surgery*, e contenenti la descrizione delle procedure e/o interventi descritti secondo la classificazione ICD 9 CM (Classificazione internazionale delle malattie n. 9 Modificazione clinica).

(3) A questo proposito si ricorda che nei campi obbligatori della SDO esiste la possibilità di indicare contemporaneamente la procedura o l'intervento principale ed altre tre procedure diagnostiche o terapeutiche, effettuate durante lo stesso ricovero. Per citare un esempio, un paziente che ha ricevuto, durante uno stesso percorso ospedaliero, due procedure/interventi distinti (un intervento invasivo maggiore, non trasferibile in *day surgery* secondo le indicazioni delle liste utilizzate), ed una procedura/intervento trasferibile in *day surgery* (sempre secondo le indicazioni delle liste), queste sarebbero descritte contemporaneamente nei quattro campi disponibili nella SDO per la loro definizione. Se la ricerca delle procedure e degli interventi fosse estesa contemporaneamente ai diversi quattro campi disponibili, si potrebbe generare il reclutamento di record non pertinenti alla nostra ricerca, poiché non sarebbe possibile differenziare il record contenente la descrizione procedurale di interesse rispetto al record contenente anche gli interventi non trasferibili.

È stato proposto di includere i record, riportanti le procedure chirurgiche o interventi di nostro interesse, solo quando questi sono riportati nel campo principale (primo campo relativo alle procedure e agli interventi), presuppone

nendo che, il personale medico compilante la SDO, abbia citato, come procedura/intervento assorbente il maggior quantitativo di risorse durante il ricovero ordinario, nel campo principale (il primo).

(4) Si precisa che per la selezione dei pazienti a livello internazionale sono applicati i criteri della classificazione ASA (*American Society of Anesthesiology*). In questa ripartizione sono considerati candidati possibili i pazienti appartenenti alle prime due classi, ossia pazienti in buone condizioni generali (I classe) e pazienti con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività, nonché quelli con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (II classe). Nella Scheda di dimissione ospedaliera sono segnalate sia le diagnosi secondarie rappresentanti malattie sistemiche minori sia le diagnosi secondarie più impegnative. Non potendo scorporare le une dalle altre, in buona sostanza, comprendere dalle variabili della scheda di dimissione ospedaliera a quale delle classi il paziente corrisponde, è stato scelto di riprendere i ricoveri ordinari complessivi (i casi complicati e comorbosi), contenenti le procedure di interesse, e stimare la possibile trasferibilità con la correlazione della durata di degenza ed effettuare comunque alcune analisi.

(5) Per «modello organizzativo» non si fa qui riferimento al modello formale previsto per ogni singola unità operativa, bensì a quello realmente sperimentato e attuato, così come desunto dall'analisi sul campo. Non sempre, infatti, ad uno stesso modello formale corrisponde un identico modello reale, che si è strutturato in base alle esigenze e alle scelte operate dal singolo reparto, spesso a prescindere dall'assetto formalmente definito.

(6) In questo contesto per logica di gestione del percorso s'intende la specifica soluzione

che ogni realtà sanitaria ha elaborato per l'introduzione della *day surgery* compatibilmente con le esigenze socio-demografiche del bacino di utenza, con le contingenze logistico-strutturali e con la propria tradizione nella pratica chirurgica.

(7) Il decreto citato, infatti, prevede che, al comma 1 dell'art. 8-*sexies*, «Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerare in base al costo *standard* di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione».

(8) Il primo provvedimento della Regione Veneto, in tal senso, è rappresentato dalla delibera di giunta n. 3609 del 5 agosto 1996, modificato ed integrato con successivi provvedimenti che si sono susseguiti fino al 1999.

BIBLIOGRAFIA

- CASATI G. (a cura di) (1999), *Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità*, Egea, Milano.
- COLLOPY ET AL. (1999), «Clinical indicators for day surgery», *Ambulatory Surgery*, 7 (3), pp.: 155-157.
- DE LATHOUWER, POUILLIER J.P. (1998), «Ambulatory surgery in 1994-1995: The state of the art in 29 OECD countries», *Ambulatory Surgery*, 6 (1), pp.: 43-55.
- GUZZANTI E. ET AL. (1996), «Day surgery: banalisation and multiplication of surgical procedures, transfer or additional activity», *Ambulatory Surgery*, 4 (2), pp.: 95-97.
- GUZZANTI E., MASTROBUONO I. (1999), Organizational, technological and structural standards for office based ambulatory surgery and day surgery, *Ambulatory Surgery*, 7:3 159-165.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F. (1993), *Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria: il day hospital la day surgery*, Editeam, Ferrara.
- GUZZANTI E. ET AL. (1993), «Day surgery: concetti e possibilità di attuazione», *Federazione Medica*; 1, pp.: 7-13.
- GUZZANTI E., MASTROBUONO I., MASTRILLI F., MAZZEO M.C. (1997), «Day surgery; evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione», *Ricerca sui servizi sanitari*, vol. 1, IV trimestre, pp.: 73-106.
- ROBERTS, WORDEN J. (1998), «Suggested International terminology and definitions», *Ambulatory Surgery*, 6 (1), pp.: 3-4.
- SANDRUCCI S. ET AL. (1998), «Studio preliminare per la realizzazione di una unità autonoma di day surgery presso l'Azienda ospedaliera S. Giovanni di Torino: stima delle potenzialità, analisi del modello organizzativo gestionale, proposta di assetto distributivo funzionale», *Ricerca sui servizi sanitari*, vol. 2, I trimestre, pp.: 95-106.
- FRANCUCCI M., PANELLA V., TANESE A. (1999), «Sperimentazione e sviluppo dell'Unità di day surgery presso l'Azienda ospedaliera "Santa Maria" di Terni. Un caso di innovazione organizzativa e culturale», *Mecosan*, 31.

L'APPLICAZIONE DELLE MATRICI DI PORTAFOGLIO NELLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Federico Lega

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa: il ruolo degli strumenti di analisi strategica per le strutture ospedaliere - 2. I riferimenti teorici per le matrici di portafoglio attività - 3. Lo sviluppo strategico «sostenibile» delle attività ospedaliere - 4. Le matrici analitiche per la valutazione delle unità operative ospedaliere: costruzione ed utilizzo - 5. La matrice sintetica di posizionamento - 6. Un'applicazione concreta della metodologia - 7. Conclusioni: strategia ed uso del «buon senso».

This article presents a methodology through which it is possible to apply the portfolio's matrixes analysis to assess the performance and evaluate the alternative strategic developments of hospital activities/units. In doing so, advantages and limits of such analysis are clearly pinpointed and data from a real case are used to show and discuss the different kinds of matrixes that could or should be processed.

1. Premessa: il ruolo degli strumenti di analisi strategica per le strutture ospedaliere

Negli ultimi cinque anni, i cambiamenti prodotti dal progressivo e costante consolidamento del processo di «aziendalizzazione» del SSN hanno contemporaneamente reso necessario ed incentivato un momento di riflessione strategica da parte delle singole aziende, sia pubbliche che private, allo scopo di migliorare la comprensione e rideterminazione del proprio ruolo ed il conseguente posizionamento competitivo nel sistema stesso.

La rilevanza che vanno acquisendo i processi di pianificazione strategica trova fondamento nel bisogno di «collocare» ed orientare l'attività dell'azienda coerentemente alle variegate aspettative che provengono dai diversi portatori di interesse, quali gli attori istituzionali (Ministero, Assessorati, Agenzie regionali), il circuito politico (Enti locali), la comunità (popolazione di riferimento, associazioni, settore

non-profit): nel quadro del progressivo decentramento delle responsabilità gestionali dallo Stato alle Regioni e da queste alle aziende, nelle mani della triade di direzione aziendale (D.G., D.S. e D.A.), il solo processo di programmazione annuale, cioè il budgeting, pur rispondendo a bisogni operativi fondamentali, non è sufficiente a garantire uno sviluppo coerente ed unitario di medio periodo e la legittimazione nei confronti di un ambiente esterno che si aspetta chiarezza di intenti ed impegni rispetto al futuro dell'azienda (1).

Una pianificazione strategica che diventa sempre più centrale nella vita delle aziende sanitarie, quale attività finalizzata alla produzione di un piano strategico aziendale punto di riferimento per le decisioni di investimento e disinvestimento e per la conseguente traduzione in programmazione annuale del triennio successivo. A supporto dell'attività di pianificazione, si intuisce in questo quadro il ruolo chiave che possono svolgere gli strumenti di

analisi strategica, il cui approfondimento condotto nei prossimi paragrafi prende spunto da due considerazioni di fondo:

— esiste oggi per le aziende sanitarie pubbliche, a seguito delle riforme *bis e ter*, una maggiore possibilità, anche se solo in parte già tradotta in capacità, di sfruttare ed occupare il proprio spazio strategico attraverso azioni «autonome e ragionate» di riposizionamento dell'offerta di prestazioni sanitarie;

— gli strumenti di analisi strategica, tra cui inseriamo le matrici di portafoglio attività, supportano l'individuazione di tali azioni di riposizionamento, costituendo quindi non il fine della pianificazione strategica, ma il mezzo con cui giungere alla conferma o disconferma di intuizioni altrimenti emerse in azienda: ovvero sia, lo scopo non è produrre l'applicazione perfetta di tutti i possibili strumenti di analisi, quanto selezionare e utilizzare, anche in maniera approssimativa

purché significativa, quelli più utili alla «causa».

Quest'ultima considerazione richiede alcuni approfondimenti.

In primo luogo, essendo un mezzo e non il fine della pianificazione strategica, la scelta e l'utilizzo degli strumenti di analisi non potrà che collegarsi quindi a diversi fattori «ambientali» quali:

— il momento di vita dell'azienda, inteso come alternativa tra periodo di cambiamento in cui la direzione aziendale accentra le decisioni ed utilizza la propria *leadership* per indirizzare i processi di cambiamento indipendentemente da ragionamenti strutturati, e periodi di consolidamento, in cui è possibile e consigliabile allargare la partecipazione al processo pianificatorio ai principali dirigenti dell'azienda, coinvolgendoli nella costruzione e lettura degli strumenti di analisi strategica;

— le competenze professionali a disposizione dell'azienda in relazione alle esigenze poste dalla costruzione degli strumenti di analisi strategica, in primis le matrici di portafoglio;

— le convenienze che stimola il sistema sanitario, rispetto ad un continuum compreso tra un orientamento forte a valutazioni di natura economica o di tipo sanitario (copertura dei bisogni ed efficacia, preparazione a rispondere alle emergenze, ecc.): le due valutazioni non sono necessariamente in contrapposizione, anzi trovano contemperamento ottimale in valutazioni del tipo costo/efficacia, ma comunque richiedono strumenti di analisi differenti o l'utilizzo diverso del medesimo strumento.

In secondo luogo, sempre a motivo della loro natura di «mezzo», il ruolo che possono svolgere gli strumenti di pianificazione strategica, ed in particolare le matrici di portafoglio, è duplice:

1) da un lato forniscono un metodo strutturato per costruire la base informativa su cui impostare i processi decisionali strategici;

2) dall'altro lato servono per confermare in maniera quanto più possibile «oggettiva» le motivazioni alla base delle scelte strategiche aziendali.

In questo modo, «l'oggettività» degli strumenti gli permette di assolvere a quattro scopi:

— fotografare la posizione competitiva relativa interna delle diverse unità operative aziendali (i centri di responsabilità - CdR);

— individuare, in coerenza con la missione aziendale, le linee di sviluppo aziendali a cui collegare responsabilità organizzative;

— «oggettivare» le aspettative connesse alla programmazione annuale: cioè legittimare impegni di *budget* ritenuti equi rispetto alla posizione competitiva di partenza del CdR e coerenti con le sue linee strategiche di sviluppo;

— favorire un *benchmarking* interno finalizzato a promuovere una «tensione» interna all'emulazione in positivo ed al miglioramento.

Partendo da queste premesse, il presente contributo affronta il tema dei possibili spazi di applicazione delle matrici di portafoglio attività nel contesto sanitario italiano, esaminando dapprima i principali riferimenti scientifici in materia per arrivare poi ad identificare un approccio metodologico coerente con le esigenze delle strutture ospedaliere sia pubbliche che private. Questo tipo di strumento trova infatti terreno fertile di applicazione soprattutto dove vi siano due condizioni: la presenza di rilevante competizione esterna, che consente indispensabili paragoni per individuare il posizionamento competitivo delle proprie UU.OO., e la presenza di dati ed informazioni analitiche ed affidabili. Entrambe queste condizioni sono, alme-

no per il momento, per lo più assenti per quanto riguarda le attività territoriali delle ASL, che peraltro non hanno, se non in parte sull'assistenza residenziale, una competizione di mercato tale da rendere significativo l'utilizzo delle matrici di portafoglio.

2. I riferimenti teorici per le matrici di portafoglio attività

Le matrici di portafoglio attività sono strumenti di analisi strategica che supportano i processi decisionali in quanto:

— sintetizzano graficamente le diverse alternative strategiche;

— inquadrano i problemi delle singole unità organizzative in una dimensione più complessiva;

— possono evidenziare problemi che altrimenti non emergerebbero;

— aiutano a simulare l'impatto di scelte strategiche sulla strategia globale dell'azienda.

Le matrici di portafoglio si definiscono tali in quanto sono state ideate per posizionare le Aree strategiche di affari (ASA) rispetto alla posizione competitiva ed agli obiettivi dell'azienda, al fine di bilanciarne l'attività complessiva (Airoldi *et al.*, 1989): cioè, in altre parole, servono per individuare un portafoglio equilibrato di aree di attività in termini di aree che producono od assorbono prevalentemente risorse finanziarie e in termini di percorsi di sviluppo, consolidamento o dismissione delle diverse aree.

Il criterio base per identificare una ASA è l'identificabilità di un mercato esterno concorrenziale con cui si confronta esclusivamente: sono quindi unità organizzative che operano su un «mercato», cioè verso clienti con specifici bisogni, che hanno dei risultati propri chiaramente identificabili e che quindi producono prestazioni o prodotti finali per il cliente stesso. È evidente che in sanità si tratta prevalentemente

mente quindi di divisioni, servizi o dipartimenti che sono CdR di prestazioni finali, e che se la valutazione dell'equilibrio economico del portafoglio attività riguarda esclusivamente le aziende ospedaliere pubbliche e private, essendo queste finanziate a tariffa o comunque a corrispettivo economico per prestazione, la valutazione dei possibili sentieri di sviluppo interessa invece la totalità delle strutture ospedaliere (cioè anche i presidi ospedalieri di ASL). Le unità di supporto, cioè i servizi produttori prevalentemente di prestazioni intermedie, non possono invece essere classificati direttamente come ASA secondo questa interpretazione, sebbene anch'essi possano rivestire un'importanza strategica altrettanto rilevante ed in prospettiva si possa simularne un mercato fatto da un *mix* di clienti interni ed esterni.

Il criterio del confronto con il mercato impone all'azienda di determinare la propria arena competitiva prima di procedere a valutazioni delle sue unità organizzative: in sanità ciò significa interrogarsi se il bacino di riferimento delle diverse UU.OO. sia prevalentemente locale, regionale, nazionale o perfino internazionale, come nel caso di centri di eccellenza di valore assoluto. Questa chiarificazione è la base per attivare studi comparativi in merito alla competitività delle UU.OO., che si basano in primo luogo sulla valutazione della quota di mercato relativa rispetto al totale: ciò significa ragionare in termini di raffronto con i concorrenti sia rispetto al mercato attuale, dato per esempio dai consumi storici per prestazioni ospedaliere (sia di ricovero ordinario che giornaliero), sia rispetto al mercato potenziale, cioè a quelle aree di bisogno non ancora coperte.

Sulla base di queste premesse comuni, due sono i modelli di matrice di portafoglio attività che possiamo prendere a riferimento per vagliarne

l'applicabilità e l'utilità in sanità: questi sono i modelli cosiddetti del *Boston Consulting Group* e quello della *McKinsey*, entrambi società di consulenza che hanno sviluppato questi strumenti di analisi strategica verso la fine degli anni '70, quando la crisi petrolifera e l'internazionalizzazione dei contesti industriali avevano posto per le multinazionali e per le grandi aziende commerciali il bisogno di sviluppare processi di pianificazione strategica più strutturati ed analitici rispetto a quelli passati.

Il modello *Boston Consulting Group* (BCG), presentato in figura 1, si basa sui seguenti passaggi (Hedley, 1977):

- individuazione delle ASA;
- valutazione delle prospettive di lungo termine di ciascuna unità;
- calcolo della quota di mercato relativa di ciascuna ASA come rapporto tra quota di mercato dell'unità operativa e quota di mercato del concorrente maggiore: quando il rapporto è maggiore di uno il modello implici-

tamente considera l'unità come un punto di forza per l'azienda, per via dei vantaggi di costo, in particolare da economie di scala, e di *know-how* che dovrebbe garantire;

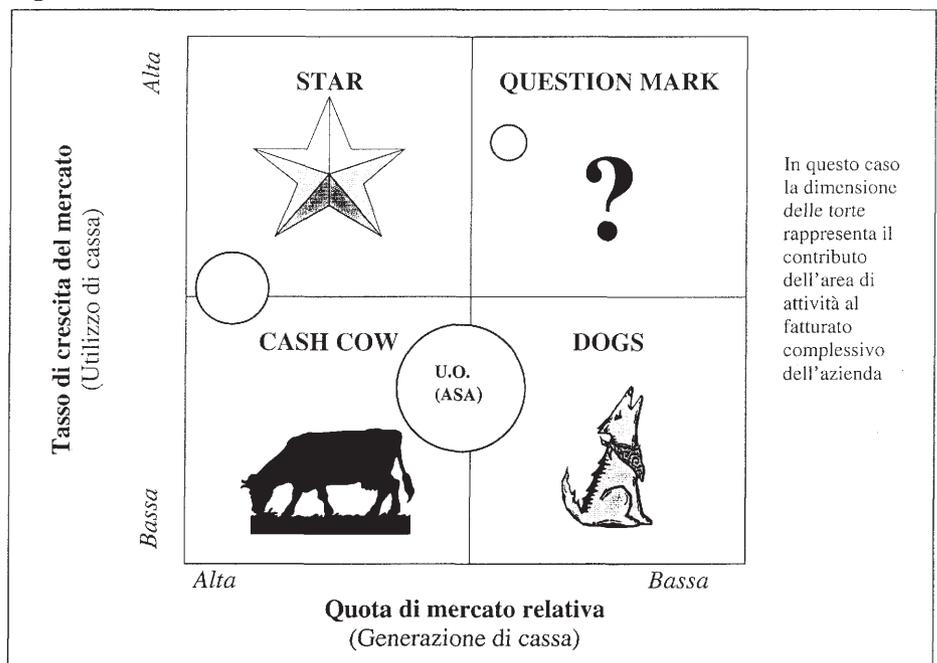
— posizionamento delle ASA, cioè le UU.OO., dentro i quattro quadranti della matrice: la dimensione del cerchio che identifica l'unità operativa rispecchia il contributo di ciascuna unità alla generazione dei ricavi complessivi.

I quattro quadranti della matrice (figura 1) individuano altrettante tipologie di unità operative:

— le *star* sono le unità in posizione migliore, ad alta competitività ed in mercati in crescita, e quindi sono le aree su cui si dovrebbe investire risorse per garantirne al minimo il consolidamento e la continuità;

— le *cash cow* sono le unità che producono molto margine, ma il cui mercato è in declino o stagnante; sono quindi delle vere e proprie «mucche da mungere», i cui profitti teoricamente vanno a finanziare gli investi-

Figura 1



menti in altre aree aziendali in crescita;

— le *question mark*, i cosiddetti punti interrogativi, sono le unità competitivamente deboli, cioè con una bassa quota di produzione/fatturato sul totale, ma con un mercato in forte crescita: sono unità in cui si deve decidere se investire, a patto di voler sopportare il rischio connesso, o disinvestire completamente;

— infine i *dogs*, i «cani», che rappresentano le unità peggio posizionate sia sul versante competitivo che sul quello della crescita attesa di mercato, e che sono quindi in teoria da eliminare o depotenziare per prime (in altre parole significa che sono le ultime a ricevere eventuali fondi per investimenti).

Con il modello BCG si dovrebbe quindi pervenire:

— ad un portafoglio equilibrato, in cui vi è presenza di *cash cow* e *star* sufficienti a finanziare le altre *star* ed i *question mark*; l'implicito sottostante è che alla competitività, espressa come quota di mercato relativa, si associ la capacità di generare cassa, cioè introiti finanziari, mentre al tasso di crescita di mercato si associ l'utilizzo di cassa, cioè il bisogno di finanziamento collegato agli investimenti per sviluppare le unità operative in crescita;

— all'individuazione delle strategie o sentieri di sviluppo delle diverse UU.OO., decidendo quali *question mark* favorire e quali abbandonare, e quali *cash cow* e *dog* depotenziare o addirittura dismettere. Chiaramente, quest'ultima opzione non trova immediata applicazione in sanità, dove scelte drastiche di questo tipo vanno ponderate alla luce del bisogno di salute da soddisfare e della capacità del sistema complessivo di coprire la quota parte eventualmente lasciata scoperta dal disinvestimento dell'azienda.

La matrice BCG, per quanto valido strumento di pianificazione tuttora

utilizzato, presenta tuttavia dei limiti che si collegano ad una:

— eccessiva semplificazione del modello, che utilizza due sole dimensioni per definire posizione competitiva e potenzialità di sviluppo aziendali;

— concreta possibilità che significativi vantaggi di costo non dipendano esclusivamente dalle economie di scala permesse dalla dimensione della quota di mercato, ma anche da economie di specializzazione che si legano a scelte di focalizzazione (cioè di copertura di nicchie di mercato con fatturati medio-bassi ma ad alto profitto) ed alle procedure e processi produttivi impiegati;

— situazione per cui i *cash cow* non sono solo generatori di cassa, ma possono richiedere al tempo stesso ingenti investimenti per mantenere la loro posizione di *leadership* di mercato.

In risposta a parte dei precedenti limiti della matrice BCG, il cui effetto combinato comporta il rischio di classificare erroneamente le diverse unità organizzative rispetto alle reali potenzialità di sviluppo, è stata pensata la matrice *McKinsey* (figura 2).

Pur assomigliando in parte alla matrice BCG, la matrice *McKinsey* ha un processo di costruzione che differisce rispetto alla metodologia con cui vengono valutate le dimensioni di analisi

e posizionamento delle ASA o unità operative:

— la matrice è a nove quadranti e distingue tra *winners*, *losers*, *question marks* e *average businesses*, queste ultime essendo le aree di attività «svilupate» ma non *leader* di mercato;

— le dimensioni di analisi rimangono due, la competitività e l'attrattività del mercato, ma sono costruite su diversi fattori che consentono una migliore rappresentazione della realtà (Hofer e Schendel, 1978)

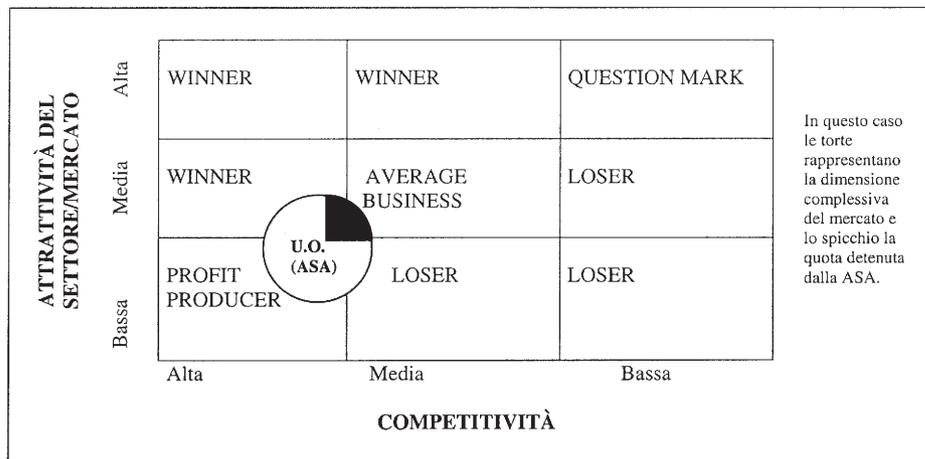
Ad esempio per quanto riguarda la dimensione dell'attrattività del settore/mercato, la costruzione dell'indice per una specifica unità operativa avviene con il seguente processo:

— si individua un *set* di criteri ritenuti i determinanti dell'attrattività di un mercato: ad esempio possono essere fattori quali il *trend* di crescita, la dimensione, l'intensità di capitale richiesto, il grado di competizione, la stabilità tecnologica, ecc.;

— per ciascun criterio si determina un peso in funzione della rilevanza assegnata ad esso dall'azienda (ad esempio l'azienda preferisce investire in mercati in forte crescita piuttosto che di dimensione già elevata). La somma totale dei pesi deve dare 1;

— ogni mercato (ASA o bacino di riferimento per l'unità operativa) in

Figura 2



cui l'azienda opera o potrebbe operare viene valutato in relazione ai criteri con una scala predefinita (di norma compresa tra 1 e 3 od 1 e 5);

— si moltiplicano i pesi per le valutazioni e si sommano i risultati dando luogo all'indice di attrattività del mercato analizzato: posto che utilizzando la scala $1 \div 5$ la media è data dal 3, i mercati con indice maggiore di 3 sono considerati secondo il modello i più attrattivi.

Riassumendo, la formula prevede: $\Sigma (\text{pesi dei fattori} \times \text{valutazione ASA}) = \text{indice di attrattività dell'ASA}$ (o «mercato», cioè nel caso sanitario bacino di domanda di una certa specialità).

Lo stesso procedimento è ripetuto per l'altra dimensione della matrice, la competitività, dove alcuni fattori utilizzabili possono essere la quota di mercato detenuta, la qualità dei prodotti/servizi erogati, le conoscenze tecnologico-scientifiche di cui si dispone, la fedeltà dei clienti, gli eventuali vantaggi di costo/prezzo, la capacità di assistenza, ecc.

I vantaggi del modello *McKinsey* sono quindi la maggiore flessibilità e globalità che consente nel declinare le dimensioni di analisi, la capacità di mettere in luce i fattori critici di successo di ciascun mercato (attraverso la valutazione nella scala predefinita), l'analiticità dei risultati numerici di cui si compone l'indice, cosa che dà una maggiore «oggettività» al risultato finale della matrice.

In definitiva, è bene comunque ricordare che il modello *McKinsey*, pur raggiungendo un grado di perfezionamento ulteriore rispetto al modello BCG, tuttavia, presenta anch'esso il rischio di posizionare erroneamente le diverse unità operative, in quanto si basa comunque su valutazioni almeno in parte soggettive, sia nell'assegnare i pesi ai fattori costituenti le dimensioni di valutazione che nel valutare le

ASA stesse. Non solo, ma un secondo limite ben più grave del modello *McKinsey* si collega al rischio di non riuscire ad individuare potenzialità di sviluppo delle singole UU.OO. che «scompaiono» attraverso il meccanismo di pesatura: ad esempio, se tra i criteri che definiscono la competitività di un U.O. vi sono la professionalità dei suoi componenti e la quota di mercato, per quanto una determinata U.O. possa avere una valutazione alta per la professionalità (magari 5) e media per la quota di mercato (3), se viene ponderata con un peso medio-basso il primo fattore (magari lo 0,20) ed alto il secondo (0,50), potrà risultare che tale U.O. (il cui risultato finale è 2,5) sia meno competitiva di un'altra che ha risorse professionali normali (la cui valutazione è 3), ma una quota di mercato già più sviluppata (che vale 5, dando luogo ad un risultato finale di 3,10). Così, la comparazione tra le due UU.OO. mette giustamente in evidenza il fatto che la seconda U.O. è allo stato attuale complessivamente più competitiva della prima, ma nasconde le potenzialità di sviluppo connesse alla presenza nella prima di professionisti validi e da valorizzare.

Questa considerazione è proprio il punto di partenza per analizzare la proposta metodologica per la valutazione delle attività ospedaliere oggetto di questo lavoro.

3. Lo sviluppo strategico «sostenibile» delle attività ospedaliere

L'applicazione delle matrici di analisi del portafoglio attività al campo ospedaliero richiede un loro adattamento funzionale a determinare soluzioni di sviluppo strategico organizzativamente «sostenibili» nel duplice senso di:

— praticabili da un punto di vista tecnico-razionale, alla luce dei vincoli istituzionali (linee guida e norme re-

gionali) e finanziari (pareggio di bilancio nel caso di aziende pubbliche, attivo da reinvestire per le *non-profit*, profitto per le private *for-profit*) cui soggiace l'attività della struttura ospedaliera;

— implementabili a seguito della polarizzazione attorno ad esse del consenso interno all'organizzazione (dipendenti) e di quello socio-politico esterno (Enti locali, Associazioni dei cittadini, Regione, ecc.).

Per questi motivi, occorre da un lato garantire una maggiore completezza della valutazione delle UU.OO. rispetto a quella basata sull'analisi disagiunta dei tradizionali indicatori di produttività ed efficienza, spesso peraltro *proxy* del reale fenomeno che si vorrebbe indagare, senza tuttavia raggiungere quella sofisticazione di tipo tecnico che rischia di nascondere i singoli fenomeni. In altre parole, occorre costruire sistemi di valutazione che mettano in relazione vari indicatori quantitativi e qualitativi al fine di esprimere un giudizio il più completo possibile ed «oggettivo» sull'attuale posizionamento e le possibilità di sviluppo dell'U.O., senza tuttavia complicare l'analisi al punto da relazionare tra loro un numero tale di fattori che finiscono per annullarsi reciprocamente o per nascondere fenomeni significativi.

La scelta del tipo e numero di fattori coinvolti nella valutazione porterà a soluzioni più di sintesi o maggiormente analitiche, la cui significatività, e quindi adozione, potrebbe poi essere soppesata alla luce delle finalità che ci si pone di raggiungere con la valutazione stessa.

Partendo da queste premesse, e considerando i limiti evidenziati per i due modelli di matrice di analisi del portafoglio attività presi a riferimento, BCG e *McKinsey*, si è studiata una soluzione applicativa che prevede:

— una complicazione del modello BCG, che viene utilizzato per costruire tre matrici, ciascuna a tre dimensioni, in grado di separare la valutazione della competitività in termini quantitativi dagli aspetti qualitativi ed economici; rispetto ai possibili obiettivi individuati nel primo paragrafo, queste matrici si pongono lo scopo di supportare il *management* aziendale nel individuare i possibili sentieri di sviluppo delle diverse UU.OO. aziendali e nel favorire la valutazione comparativa tra di esse rispetto a dimensioni di analisi diverse (quantitativa, qualitativa ed economica); inoltre, queste matrici evitano di esporre le scelte strategiche dell'azienda alla critica che potrebbero nascere dall'applicazione di un solo modello tipo *McKinsey*, comunque utile come sotto esplicitato, ma in cui la pesatura dei diversi fattori componenti le due dimensioni di analisi e la valutazione di ognuno di essi, quando ricomposti in un unico dato di sintesi, rischiano di far perdere di vista punti di forza e debolezza significativi per ciascuna unità operativa;

— l'applicazione del modello *McKinsey*, al fine di ricondurre a sintesi i tre ragionamenti condotti separatamente attraverso le matrici di ispirazione BCG, utilizzando le loro 9 dimensioni di analisi per costruire le due richieste dalla matrice *McKinsey*; questa matrice assolve i compiti di favorire la rappresentazione grafica sintetica delle fotografie organizzativa in termini di posizionamento relativo complessivo delle diverse UU.OO., di promuovere attraverso il *benchmarking* lo sviluppo di azioni migliorative, e di «oggettivare» l'impegno richiesto all'U.O. singola dall'azienda in sede di programmazione annuale (*budget*).

Il vantaggio dell'uso delle matrici, oltre al fatto che forniscono un supporto strutturato e di natura quantitativa all'analisi strategica, risiede infatti proprio nella loro capacità di garantire

una maggiore trasparenza ed «oggettività» alle scelte strategiche aziendali, favorendo l'acquisizione di quel consenso interno ed esterno indispensabile per portare avanti tali scelte.

Così, le matrici analitiche costruite sulla base BCG contribuiscono a rendere «sostenibile» il processo di pianificazione strategica in quanto chiariscono nell'organizzazione lo sforzo del *top management* nel voler tenere in considerazione una valutazione multidimensionale delle UU.OO., seppur necessariamente ricondotta in tre ambiti di fondo per rendere gestibile la complessità del processo decisionale scaturente.

Nella stessa direzione, la matrice di sintesi sulla base *McKinsey* assolve il compito di rendere «sostenibile» la traduzione delle scelte strategiche di medio periodo in obiettivi di programmazione annuale, laddove lo sforzo maggiore verrà richiesto alle UU.OO. peggio posizionate rispetto a due dimensioni, l'economicità di gestione e la competitività, costruite con fattori rilevanti (quelli delle matrici analitiche) per la valutazione delle UU.OO. ospedaliere.

In sintesi, l'utilizzo della matrici di analisi del portafoglio attività secondo la metodologia proposta che di seguito verrà approfondita nei dettagli, consente di ottenere contemporaneamente i vantaggi dati da:

— minimizzazione dei limiti presenti sia nella matrice BCG, legati all'utilizzo di sole due dimensioni di valutazione, sia nella matrice *McKinsey*, legati all'estrema sinteticità di un risultato che nasconde informazioni analitiche significative;

— «strutturazione» dell'analisi ed indicazioni orientative dei sentieri di sviluppo strategico delle diverse UU.OO. e dell'ospedale complessivamente;

— un rilevante grado di «oggettività» delle analisi e scelte conseguenti, che le rende più difendibili;

— trasparenza del processo decisionale, che favorisce la partecipazione (discussione dei risultati) e l'acquisizione di consenso organizzativo e socio-politico esterno, entrambi momenti fondamentali per dare coerenza alla pianificazione strategica in relazione alle caratteristiche delle aziende sanitarie (Lega, 1997);

— collegamento con le responsabilità organizzative in termini di impegni richiesti per raggiungere gli obiettivi posti dallo sviluppo strategico e dalla sua traduzione in programmazione aziendale di *budget*.

Quest'ultimo punto caratterizza la metodologia proposta rispetto alla scelta alternativa tra ragionare per aree di attività invece che per unità operative centri di responsabilità (CdR). Sebbene tutte e due le strade siano praticabili, e possano teoricamente portare alle medesime intuizioni strategiche di sviluppo pur partendo da presupposti diversi, nei fatti pongo l'accento su dimensioni diverse:

— nel caso dell'attenzione posta sulle aree di attività, ciò significa ragionare rispetto alla competitività ed attrattività di una determinata area di intervento clinico (ad esempio l'area della chirurgia specialistica, dell'oncologia, del materno infantile, della medicina non specialistica o specialistica, ecc.), stabilire l'intenzione dell'ospedale a sviluppare, consolidare o dismettere tale area e successivamente collegarci responsabilità operative dei diversi CdR (cioè unità operative) che producono prestazioni in tale area (2); un processo che quindi può richiedere *ex-post* anche rilevanti modifiche di tipo organizzativo, presupponendo anche una partecipazione congiunta alla programmazione dell'attività per area tra i diversi CdR coinvolti secondo logiche di tipo dipartimentale;

— nel caso dell'attenzione posta in capo ai CdR, significa riconoscere fin da subito la struttura delle responsabilità organizzative e collegare a queste i processi di valutazione e sviluppo strategico senza dover ritoccare l'architettura stessa dell'organizzazione; evitando così processi di riorganizzazione che richiedono tempi medi per garantire nuova stabilità all'ospedale, diventa possibile tradurre immediatamente in aspettative di *budget* i risultati della valutazione strategica di sintesi, e collegare i sentieri di sviluppo a responsabilità uniche ben individuate, dato che tutti i CdR di prestazioni finali sono presi in considerazione. Sulla base di questi ragionamenti, data l'attuale necessità di introdurre, spesso per la prima volta, le logiche di pianificazione strategica nella maggior parte delle aziende sanitarie italiane, e dato il bisogno collegato di favorire processi di decentramento delle responsabilità gestionali, si è scelto di orientare la proposta metodologica individuando l'oggetto di valutazione nei singoli CdR.

4. Le matrici analitiche per la valutazione delle unità operative ospedaliere: costruzione ed utilizzo

Come accennato nel precedente paragrafo, le matrici analitiche per la valutazione delle unità operative ospedaliere, con riferimento ai CdR di prestazioni finali, sono tre e coprono le tre aree di valutazione significative e «logicamente» separabili: quella quantitativa, quella qualitativa, e quella economica. Questa separazione è funzionale ad un duplice scopo:

— da un lato determinare il posizionamento relativo di ciascuna UU.OO. rispetto alle tre valutazioni, così da individuare con maggiore analiticità e trasparenza i possibili sentieri di sviluppo o contrazione, e cioè le UU.OO.

in cui investire prioritariamente o solo secondariamente;

— dall'altro lato sottolineare come una valutazione condotta rispetto ad una sola delle tre aree non consente di disporre di elementi sufficienti per poter esprimere un giudizio completo sull'U.O.; solo la considerazione simultanea, ma disgiunta, della *performance* rispetto alle tre aree consente di evitare valutazioni parziali e distorte, problema che invece almeno in parte si portano sempre dietro le matrici di sintesi tipo *McKinsey*.

Trattandosi di tre matrici ispirate al modello BCG, dal quale tuttavia differiscono per scopi di completezza e significatività dell'analisi per la presenza in ciascuna di tre dimensioni valutative invece di due, vengono usati per «classificare» le UU.OO. appellativi simili a quelli della matrice di origine, la cui interpretazione deve così intendersi:

Star = punto di forza assoluto (centro di offerta di eccellenza);

Average = punto di forza relativo (centro di offerta nella media);

Question mark (?) = U.O. di valutazione incerta (a rischio/opportunità);

Dog = punto di debolezza;

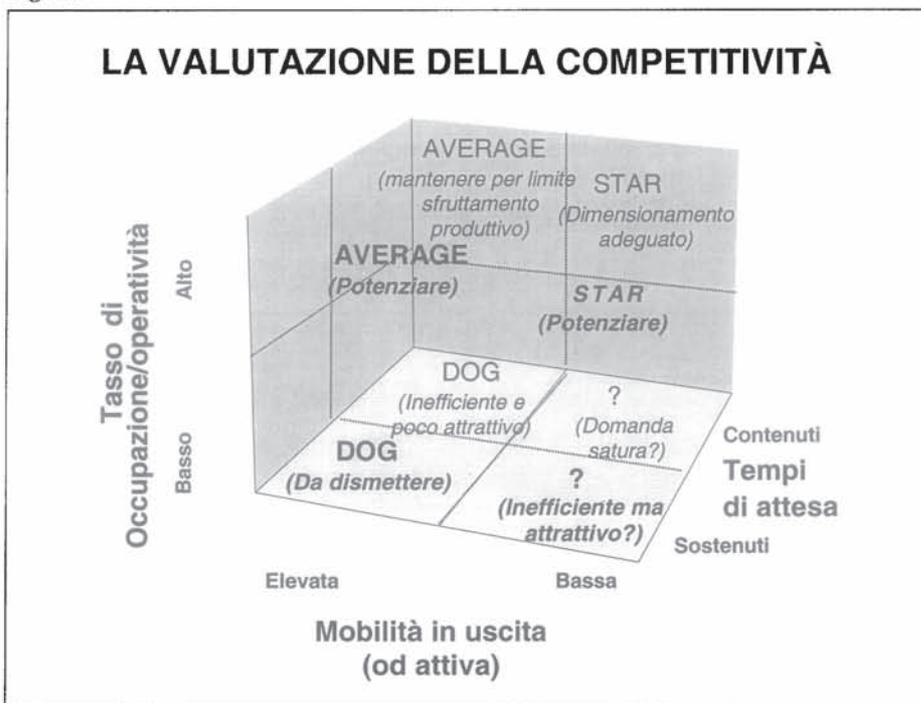
Cash cow = polmone finanziario;

Cash target = area prioritaria di investimenti.

Pertanto, il ragionamento implicito sottostante è simile a quello di base alla matrice BCG, con l'eccezione dell'introduzione delle unità operative *average*, che, come nell'impostazione *McKinsey*, rappresentano (di norma) il cuore dell'offerta dell'ospedale essendo tutte quelle unità che operano secondo criteri di buon funzionamento, ma senza eccellere particolarmente.

La prima delle tre matrici analitiche, rappresentata nella figura 3, è la matrice cosiddetta della valutazione competitiva, quella che si basa esclusivamente su dati quantitativi. Le tre dimensioni rispetto a cui vengono riclassificate le UU.OO. sono:

Figura 3



1) il tasso di occupazione od alternativamente di operatività, se si tratta di chirurgia;

2) la mobilità in uscita, od il saldo netto della mobilità (3), a seconda che stia valutando UU.OO.:

a) di un presidio ospedaliero di ASL, in cui «teoricamente» è più coerente con la propria missione azzerare la mobilità in uscita piuttosto che rendere positivo il saldo netto, scelta questa che si collega facilmente a comportamenti di convenienza economica (4);

b) di un'azienda ospedaliera, dove potrebbe essere interessante verificare il saldo tra pazienti provenienti dal bacino di utenza preferenziale e totale consumi di tale bacino (ovvero sia la quota di mercato nel bacino di riferimento): chiaramente in questa ipotesi occorre delineare i confini geografici del territorio su cui l'azienda o le singole UU.OO. dovrebbero esercitare prioritariamente la propria influenza (cittadino, provinciale, ...), avere il dato dei consumi globali per prestazioni ospedaliere di quel territorio e quello relativo ai consumi presso il proprio ospedale. Alternativamente, sempre per le aziende ospedaliere, in assenza di questi dati, si può ricorrere alle fonti ufficiali della regione ed ipotizzare di utilizzare come dimensione di analisi la quota di mercato relativa rispetto al principale concorrente regionale, sia per fatturato che per numero di ricoveri;

3) i tempi di attesa per i ricoveri ordinari e di DH/DS.

Per distinguere tra valutazioni del tipo alto/elevato o basso/contenuto, occorre identificare per ciascuna dimensione un parametro di riferimento «oggettivo».

In questo senso, per i tempi di attesa si possono utilizzare le indicazioni regionali, per la mobilità in uscita si può sostenere che sia alta quando vi sono fughe per un valore superiore al 20% della valorizzazione dei DRGs pro-

dotti dall'U.O. (o nel caso di A.O. un saldo netto inferiore al 80%), per il tasso di occupazione (T.O.) (5) si possono utilizzare le indicazioni proposte da Zanetti, Favero e Montaguti (1995), che individuano tre tipologie di reparti a cui corrispondono valori di riferimento diversi (6):

— per i reparti a ricovero prevalentemente urgente, un T.O. compreso tra 70-80%;

— per i reparti a ricovero misto urgente-programmabile, un T.O. del 85%;

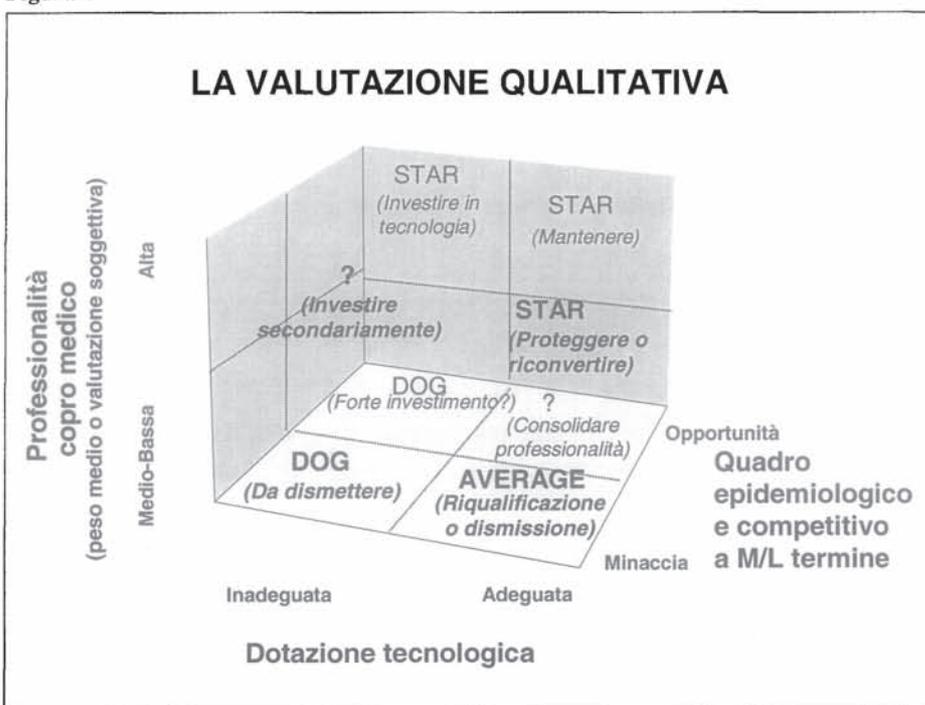
— per i reparti a ricovero programmabile prevalente un T.O. maggiore del 90%.

Ricordando che le matrici di portafoglio attività non hanno una natura direttamente «decisionale», ma di solo supporto alle decisioni, è bene sottolineare che anche se i quadranti della matrice presentata in figura 3 indicano a prima vista le possibili strategie di sviluppo/ridimensionamento delle UU.OO. collocate in ciascuno di essi,

tuttavia per fornire un indicazione realmente affidabile dovranno essere opportunamente interpretati rispetto a ciascuna U.O.: ad esempio, un'unità collocata nel quadrante basso dei *question marks* (?), considerata a prima vista inefficiente ma attrattiva, potrebbe avere dati sui tempi di attesa «gonfiati» od inattendibili, cosa che renderebbe vano l'interpretazione data all'indicatore tempi di attesa come *proxy* dell'attrattività (7). Sia il dato della mobilità, che quello dei tassi di occupazione sembrerebbero infatti confermare l'assenza di capacità attrattiva o semplicemente di domanda. Anche il quadrante alto dei *question mark* necessita di alcuni affinamenti, se si pensa che prima di poter dire se la domanda sia veramente satura occorrerebbe sapere quanto viene assorbita dall'offerta del privato.

La seconda matrice analitica riguarda gli aspetti di natura qualitativa, ed utilizza le seguenti dimensioni di analisi (figura 4):

Figura 4



1) la professionalità del corpo medico, in termini di *expertise* e competenze; la valutazione di questa dimensione potrebbe essere espressa o «soggettivamente», dal Direttore sanitario o da un gruppo di medici dell'ospedale stesso costituito *ad hoc*, oppure potrebbe basarsi su un indicatore *proxy* rappresentato dal peso medio dei ricoveri del reparto, in quanto espressione diretta di una maggiore o minore complessità della casistica trattata (8); per poter esprimere tale giudizio di alta, media o bassa complessità il dato del peso medio potrebbe venire confrontato con il dato medio regionale o con un altro *standard* di riferimento condiviso (9);

2) la dotazione tecnologica, in termini di disponibilità (adeguatezza o meno) della tecnologia di reparto necessaria, in buono stato di funzionamento e non prossima a divenire obsoleta;

3) evoluzione del quadro epidemiologico e competitivo nel medio e lungo termine, nel senso di individuazione di opportunità o minacce ambientali collegabili all'intensificazione della competizione proveniente da nuovi produttori già operanti od in via di preparazione, piuttosto che collegabili ad un'evoluzione dei bisogni di salute che fanno intendere una crescita probabile dei volumi di attività nel futuro prossimo.

Le strategie conseguenti il posizionamento dell'UU.OO. in uno degli otto possibili quadranti della matrice sono evidenziate nella stessa figura 4.

La terza ed ultima matrice è quella della valutazione economico-finanziaria, che assume rilevanza particolare, se non esclusiva, nel contesto delle strutture ospedaliere che si trovano a dover far «quadrare i conti» tra costi complessivi e finanziamento a tariffa per prestazione. I presidi ospedalieri delle ASL, se finanziati nel quadro della quota capitaria aziendale, non

necessitano di svolgere questo tipo di analisi, ma semplicemente si potranno al limite porre il problema di valutare la struttura dei costi delle diverse UU.OO. per interrogarsi sulla loro appropriatezza nei consumi di risorse e quindi efficienza.

I ragionamenti, in termini di strategie conseguenti il posizionamento nella matrice, presentata in figura 5, devono quindi essere contestualizzati alle aziende ospedaliere pubbliche ed alle strutture private, sulla base del combinarsi delle seguenti dimensioni di analisi:

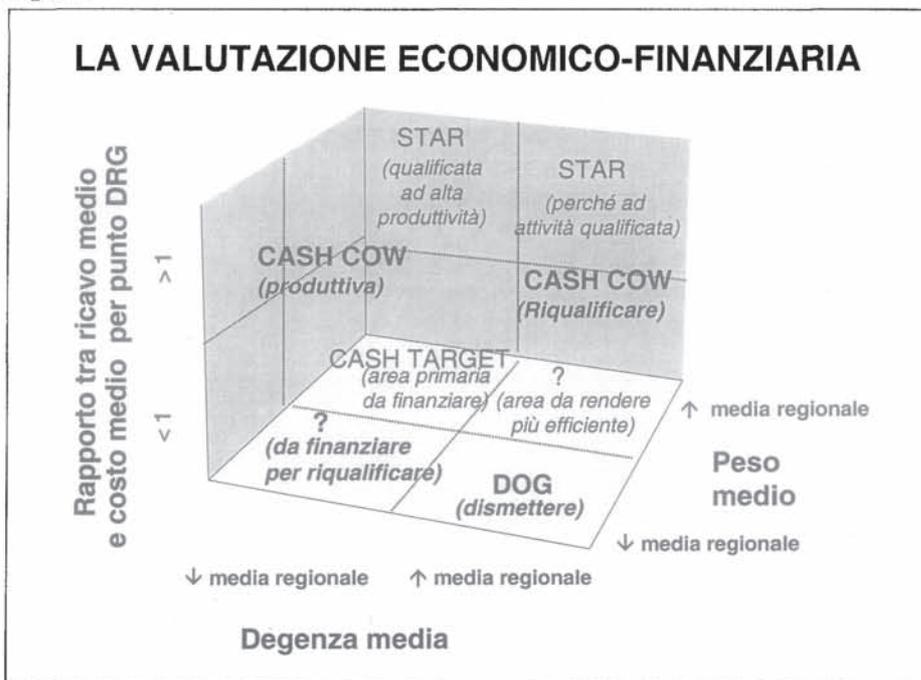
1) il rapporto tra ricavo medio e costo medio per punto DRG, che se maggiore di 1 indica la capacità dell'U.O. di produrre in economicità, generando un *surplus* di ricavi rispetto ai costi che possono essere utilizzati per coprire i costi di altre U.O. non egualmente «economiche» od i costi delle U.O. di supporto od ancora i costi generali di azienda;

2) il peso medio dei ricoveri, in quanto rappresentando una misura

della complessità delle prestazioni a cui consegue di norma una tariffazione più elevata permette di stimare il probabile impatto in termini di partecipazione dell'U.O. al fatturato complessivo aziendale (purché l'U.O. in questione abbia volumi di produzione significativi); questa dimensione distingue tra le UU.OO. ben posizionate le *cash cow* dalle *star*, in quanto assume che quelle con peso medio alto siano le più qualificate e quindi capaci di produrre in economia (cioè margini utili alla copertura dei costi di altre UU.OO. o generali aziendali) meglio delle altre, che rimangono comunque potenziali polmoni finanziari da sfruttare;

3) la degenza media, in quanto stima, seppur grossolana, di una maggiore o minore propensione al consumo di risorse; in effetti, sebbene sia noto che il grosso dei consumi durante un ricovero si condensa nella fase diagnostica e di intervento, e che per il resto vi siano prevalentemente costi alberghieri e farmaceutici, è anche vero

Figura 5



che una maggiore degenza media significa comunque un minore volume di produzione e quindi fatturato complessivo, nonché rispetto al singolo DRG un minore remuneratività data l'incidenza dei costi fissi; maggiori sforzi saranno quindi necessarie in altre aree dell'azienda per recuperare i margini necessari a coprire i costi comuni e generali.

Tre precisazioni sono a questo punto necessarie:

1) dato che viene utilizzato l'indicatore del rapporto tra ricavo medio e costo medio per punto DRG, questa matrice non stima tanto l'economicità assoluta di gestione, quanto quella potenziale conseguente al raggiungimento del volume di produzione che determina al minimo il *break-even point*, cioè il punto di paraggio tra ricavi e costi: in altre parole, data la natura prevalente dei costi fissi nelle strutture ospedaliere (60-80%), pur in presenza di un rapporto maggiore di 1 non si raggiungerà il pareggio operativo se i volumi di produzione non saranno tali da generare ricavi sufficienti per coprire tali costi fissi;

2) lo scopo di questa matrice non è individuare i «bravi» e «cattivi» sulla base della loro capacità di generare «profitto» per l'azienda, quanto quello di comprendere quali UU.OO. sono generatori di cassa, cioè di risorse monetarie che vanno a finanziare i costi di altre U.O. di prestazioni finali in «perdita», i costi delle U.O. di supporto ed i costi generali; lo scopo è quindi comprendere anche quali scelte possono essere necessarie per equilibrare il portafoglio attività non solo dal punto di vista sanitario, ma anche in relazione a compatibilità economiche che si collegano ad obiettivi di pareggio (per le aziende pubbliche e *non-profit*) od attivo di bilancio (*private for-profit*): in effetti, anche se ad una maggiore economicità di gestione non consegue direttamente una maggiore

«bravura, tuttavia non si può sminuire l'importanza né negare quanto sia fondamentale per consentire il perdurare dell'azienda e l'assolvimento della sua missione. Inoltre, è bene sottolineare come la valutazione di merito delle UU.OO. rispetto al rapporto fatturato-costi potrebbe comunque essere viziata dal fatto che le tariffe sono determinate in via esogena dalla Regione, e non rispondono a quelle logiche di mercato che potrebbero invece permettergli di fungere da segnale della «competitività» delle diverse UU.OO.;

3) la terza ed ultima riflessione riguarda l'insieme delle dimensioni di analisi scelte; sebbene a prima vista possano sembrare ridondanti, dato che ad un maggiore peso medio dovrebbero corrispondere ricavi medi più alti, e ad un maggiore degenza media costi più alti, nei fatti, essendoci appunto tariffe determinate da un terzo soggetto ed essendo la degenza solo una *proxy* dei maggiori costi dei ricoveri di una determinata U.O., è sembrato opportuno considerarle tutte e tre contemporaneamente; infatti un rapporto ricavo medio/costo medio per punto DRG potrebbe essere minore di uno anche in presenza di una degenza media molto bassa e di un peso medio molto alto, nel caso in cui i costi per i ricoveri fossero assai alti per la diagnostica impiegata e/o le tariffe DRGs corrispondenti non eque rispetto ad essi.

5. La matrice sintetica di posizionamento

Con le tre matrici analitiche si dovrebbe quindi riuscire a cogliere con sufficiente chiarezza il posizionamento relativo delle diverse UU.OO., garantendo ad esse stesse la massima trasparenza e completezza di analisi che rappresentano pre-condizioni per ottenere il consenso sulle conseguenti

scelte strategiche e favorirne l'implementazione in azienda.

Tuttavia, come accennato nei precedenti paragrafi, rimane comunque possibile ed auspicabile costruire una quarta matrice, ispirata al modello *McKinsey*, che sintetizzi le precedenti valutazioni disgiunte al fine di confrontare sullo stesso piano le diverse U.O., stimolare tra di loro una competizione costruttiva per migliorarsi ed ancorare il processo di programmazione e quindi le aspettative aziendali ad un punto di partenza il più «oggettivo» possibile.

In questo caso, se la matrice serve a garantire «razionalità tecnica» alle aspettative sugli impegni di *budget* (10), è opportuno fare attenzione a che i pesi utilizzati per ponderare le caratteristiche che costituiscono le due dimensioni della matrice siano coerenti con gli indirizzi strategici aziendali, gli stessi che hanno i responsabili di U.O. come punto di partenza per proporre e negoziare i propri obiettivi di *budget*.

La matrice *McKinsey* in questione si potrebbe costruire usando come caratteristiche le nove dimensioni presenti nelle tre matrici analitiche sopra analizzate, accorpate in due variabili di analisi rappresentate dalla competitività e dalla economicità (11).

La prima, la competitività, si costruisce con le dimensioni delle matrici analitiche della competitività e della valutazione qualitativa.

La seconda variabile, l'economicità, riassume in se le dimensioni della matrice analitica della valutazione economico-finanziaria.

Data la irrilevanza a scopi decisionali per le aziende sanitarie pubbliche del dato di fatturato complessivo delle UU.OO. (12), sembra opportuno, almeno nel loro caso, non utilizzare le torte per la loro rappresentazione grafica, ma, a differenza di quanto previsto dall'impostazione teorica originaria,

semplicemente utilizzare un simbolo per segnalarne il posizionamento.

La figura 6 presenta un'ipotesi di modellizzazione della matrice *McKinsey* in sanità (13) e delle possibili strategie e conseguenze in termini di aspettative di *budget* collegabili al posizionamento di un U.O. in uno dei nove quadranti. Ovviamente, si tratta sempre di strategie indicative e non «normative», dato che le decisioni si baseranno anche su altre considerazioni, pur potendo però attingere anche a questo posizionamento «oggettivo» e quantitativo delle diverse UU.OO. aziendali quale supporto informativo.

6. Un'applicazione concreta della metodologia

Per calare nella realtà delle aziende sanitarie le precedenti riflessioni, si è di seguito utilizzato un *set* di informazioni acquisite da un'azienda ospedaliera per costruire e discutere le varie matrici. La scelta di utilizzare i dati di un'azienda ospedaliera pubblica si collega alla possibilità di costruire anche la terza matrice analitica delle valutazioni economico-finanziarie e la conseguente matrice *McKinsey* di posizionamento, secondo il modello ipotizzato nel precedente paragrafo.

La tabella 1 riassume sia dati di attività, costo e ricavo di alcune delle UU.OO./CdR dell'azienda, sia i valori medi regionali del tasso di occupazione, del peso medio dei DRGs e della degenza media che vengono usati come termini di paragone. La mobilità in uscita equivale alla quota del bacino di riferimento non coperta, ovvero sia alla differenza rispetto all'eventuale saldo netto tra consumi complessivi del bacino per DRGs di U.O. specialistica e consumi registrati presso la corrispondente U.O. dell'A.O. in esame.

I dati della tabella 1 sono serviti da un lato per costruire le matrici analiti-

che, presentate nelle figure 7, 8 e 9, dall'altro per essere elaborati ai fini della costruzione della matrice di posizionamento. Le tabelle 2a e 2b mostrano tali elaborazioni in analitico ed in sintesi. Per costruire la matrice di posizionamento, presentata in figura 10, sono state utilizzate le dimensioni delle matrici analitiche, a cui sono stati assegnati pesi unici per tutta l'azienda ed una valutazione con una scala da 1 a 3 per ciascuna unità operativa. Prima di commentare brevemente i risultati, due precisazioni sono necessarie riguardo il risultato della matrice di posizionamento, che mostra uno schiacciamento delle UU.OO., verso i quadranti «positivi»: se ciò si collega sicuramente in parte a dati di partenza in media positivi, tuttavia in parte è dovuto anche a due scelte «soggettive» fatte in sede di costruzione della matrice.

In primo luogo, infatti, l'aver scelto una scala di valutazione da 1 a 3 ha condizionato la possibilità di evidenziare le differenze tra UU.OO., che diventano molto più marcate se si utilizzano scale più ampie.

Un ragionamento simile, in secondo luogo, vale poi per il numero di dimensioni di analisi utilizzato per costruire le due variabili dalla matrice: infatti quante più sono, tanto più non potranno che risultare frazionati i pesi (a meno di assegnarli talmente difformi finendo con l'annullare la maggiore capacità informativa ricercata con la considerazione delle dimensioni pesate poco), tanto più sarà probabile un ulteriore assottigliamento delle differenze tra le UU.OO. Molto diverso sarebbe invece il caso in cui si usasse solo una o due dimensioni di analisi, ma è proprio ciò che si vuole evitare.

Figura 6

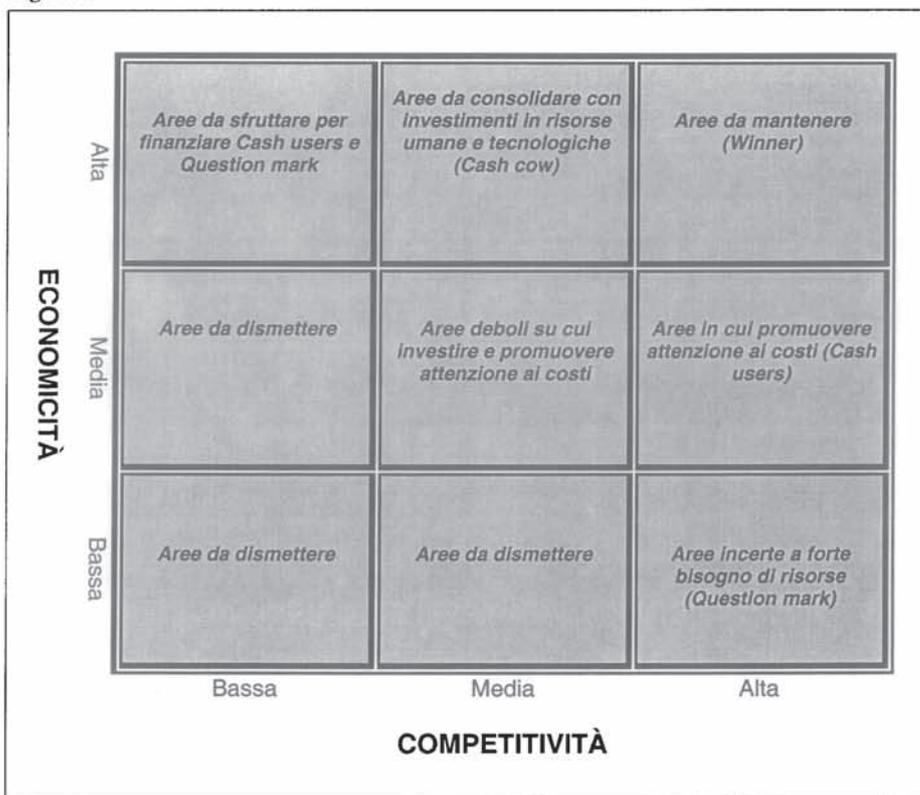


Tabella I

Dipartimento	C.d.R./IUJ.OO.	Produzione R.O.	Mobilità in uscita R.O. (se AUSL)	Mobilità attiva R.O. (se A.O.)	VALUTAZIONE COMPETITIVITA'		Tasso Occ.P.L.
					Rapporto produzione/mobilità passiva	Rapporto produzione/mobilità attiva	
MATERNITÀ INFANTILE	Ostetricia e Ginecologia	1679	701	358	42%	21%	Rep.
	Pediatria	1188	215	193	18%	0	62,2%
	Chirurgia Prima	1754	1670**	162	48%	65	50,2%
CHIRURGIA	Chirurgia Seconda	1497	425	255	58%	17%	89,7%
	Oculistica	1527	24	387	28%	10	83,3%
	Nefrologia e Dialisi	1604	711	251	10%	0	82,5%
CARDIO POLMONARE	Gastroenterologia	983	196	107	20%	11%	89,2%
	Cardiologia	1396	132	91	9%	7%	93,7%
	Pneumologia	636	298	39	47%	15	84,3%
MEDICINA	Psichiatria	659	123	64	19%	10%	90,4%
	Medicina Prima	1455	1318**	146	65%	9%	93,1%
	Medicina Seconda	2010	154	176	45%	10	100,5%
Neurologia	1321	213	203	8%	75	97,6%	
Reumatologia				16%	20	94,7%	
							102,3%
							90,8%
							93,5%
							62,1%

Dipartimento	C.d.R./IUJ.OO.	Degenza media	Peso medio DRG	VALUTAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA		Rapporto ricavi/costi per punto DRG in lire
				Totale Costi (Diretti + Presi. Interim.)	Totale Proventi (Ricoverti+Day Hospital)	
MATERNITÀ INFANTILE	Ostetricia e Ginecologia	6,7	0,61	4.246.253.517	4.917.164.000	4.139.445
	Pediatria	5,8	0,73	4.959.135.577	5.677.354.000	3.574.649
	Chirurgia Prima	10,6	1,07	5.567.347.300	4.951.291.000	1.609.676
CHIRURGIA	Chirurgia Seconda	11,5	1,31	4.912.049.502	5.843.956.000	1.842.800
	Oculistica	4,0	0,49	3.007.450.639	2.749.063.000	4.891.017
	Nefrologia e Dialisi	11,7	1,48	2.682.004.937	2.757.066.000	4.349.801
CARDIO POLMONARE	Gastroenterologia	8,6	0,86	2.682.004.937	1.650.074.000	4.695.626
	Cardiologia	11,8	1,49	11.937.177.059	18.453.846.000	3.779.109
	Pneumologia	6,7	1,55	9.986.682.993	8.162.002.000	6.395.673
MEDICINA	Psichiatria	6,2	0,86	3.291.631.321	4.317.428.000	3.086.202
	Medicina Prima	14,3	1,03	2.119.947.292	1.804.216.000	3.252.008
	Medicina Seconda	13,1	0,96	3.706.434.300	4.189.401.000	5.688.955
Neurologia	14,4	1,03	3.725.616.220	2.507.865.000	2.743.369	
Reumatologia	13,1	1,35	1.488.508.951	992.699.000	3.923.002	
						4.696.746
						3.598.306
						4.471.422
						3.526.651
						4.368.931
						3.598.012
						4.927.531
						3.296.212
						0,67

Dipartimento	C.d.R./IUJ.OO.	Professionali corpo medico	VALUTAZIONE QUALITATIVA		Quadro epidemiologico a B/M termine****
			Dotazione tecnologica***	Opportunità	
MATERNITÀ INFANTILE	Ostetricia e Ginecologia	Alta	Inadeguata	Opportunità	
	Pediatria	Bassa	Adeguata	Opportunità	
	Chirurgia Prima	Alta	Adeguata	Minaccia	
CHIRURGIA	Chirurgia Seconda	Alta	Adeguata	Minaccia	
	Oculistica	Bassa	Adeguata	Minaccia	
	Nefrologia e Dialisi	Alta	Adeguata	Opportunità	
CARDIO POLMONARE	Gastroenterologia	Bassa	Inadeguata	Opportunità	
	Cardiologia	Alta	Adeguata	Minaccia	
	Pneumologia	Bassa	Inadeguata	Minaccia	
MEDICINA	Psichiatria	Bassa	Inadeguata	Opportunità	
	Medicina Prima	Bassa	Inadeguata	Minaccia	
	Medicina Seconda	Bassa	Adeguata	Minaccia	
Neurologia	Bassa	Inadeguata	Minaccia		
Reumatologia	Alta	Inadeguata	Opportunità		

NOTA:
* La Psichiatria ha solo ricoveri ordinari
** Mobilità equidistribuita tra le due divisioni di produzione
*** Tempi medi e ponderati rispetto ai primi 5 DRGs ammessi dalla Divisione
**** Per esigenze di semplificazione, si ipotizza che inadeguata e Minaccia corrispondano ad 1, Adeguata ed opportunità corrispondano a 3

Figura 7



Figura 8



In sostanza, con le precedenti riflessioni si vuole sottolineare come sia l'assegnazione dei pesi, sia la scala di valutazione si prestino a scelte che possono essere «strumentali»; una

strumentalità che tuttavia potrebbe trovare giustificazione nelle esigenze di un particolare momento di vita dell'azienda, bisognosa di differenziare per «promuovere» la competizione in-

terna piuttosto che creare coesione mettendo tutti alla pari.

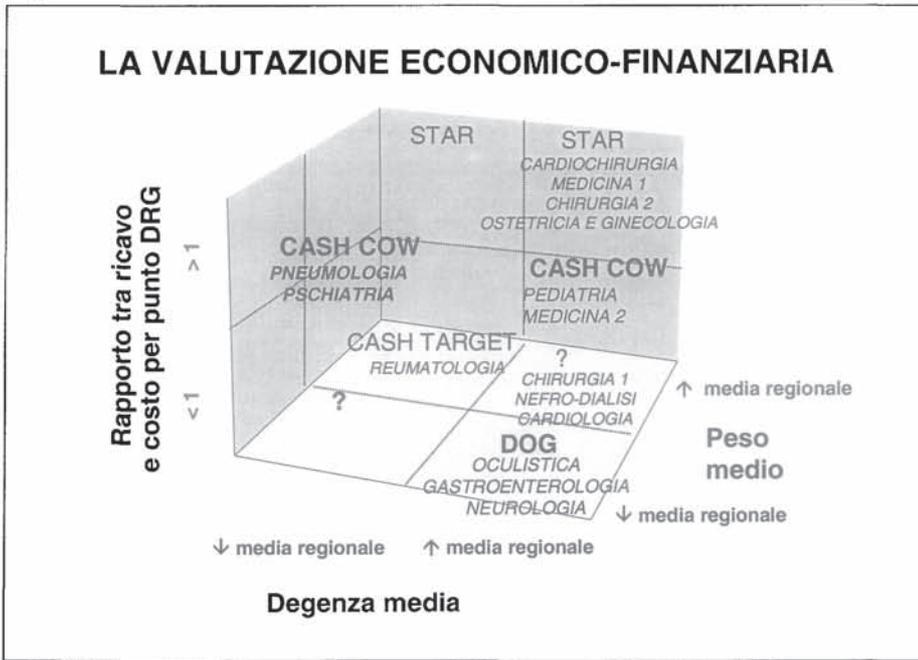
Tornando all'analisi combinata delle matrici analitiche, questa mette in luce le potenzialità assolute del loro uso separato e quelle relative connesse alla migliore interpretazione della matrice sintetica di posizionamento.

Ad esempio, l'U.O. ostetricia e ginecologia presenta una posizione competitiva debole, ma una qualitativa e finanziaria potenzialmente forte, la chirurgia I e la chirurgia II hanno una posizione competitiva nella media ed una qualitativa forte, ma la prima ha una posizione economico-finanziaria incerta, la seconda forte. Ancora, la pneumologia è nella media dal punto di vista competitivo, debole sotto il profilo qualitativo, ma forte dal punto di vista economico-finanziario, e la pediatria, che risulta un'area incerta sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, ha un posizionamento forte nell'area economico-finanziaria.

Pertanto, in questo modo, avendo separato i vari campi di analisi si può trovare pur in presenza di debolezze competitive una razionalità per investimenti prioritari in ostetricia e ginecologia piuttosto che in chirurgia II a seguito della loro posizione qualitativa forte ed alla potenziale «economicità» di gestione.

Se invece si osservasse le medesime UU.OO. nella matrice sintetica, si vedrebbe come certe valutazioni finiscano per essere approssimate dando luogo talvolta a risultati discordanti e comunque mediati da pesi e valutazioni più «soggettive»: ad esempio la Pediatria si colloca meglio di una cardiologia o chirurgia I, e la pneumologia sopravanza anch'essa sia la chirurgia I che la chirurgia II, pur provenendo da valutazioni analitiche «peggiori». L'ostetricia e ginecologia è poi in assoluto la peggio posizionata per competitività. La comprensione della «soggettività» della matrice di

Figura 9



plessive delle diverse UU.OO. e rimanga quindi uno strumento utilissimo a supporto dei processi decisionali e per la verifica nel tempo dei miglioramenti o peggioramenti che sono intervenuti.

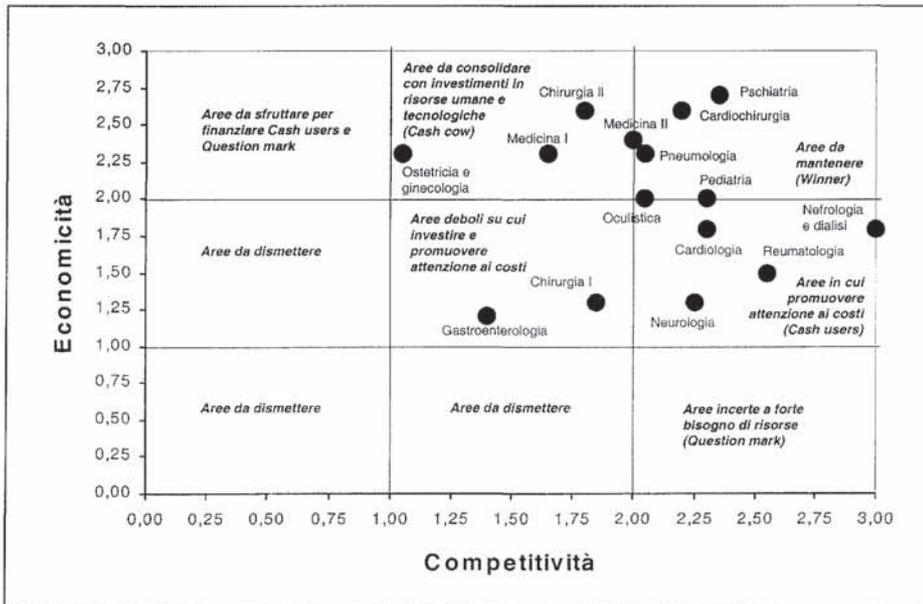
7. Conclusioni: strategia ed uso del «buon senso»

In questo lavoro si è cercato di presentare un approccio metodologico per la contestualizzazione dell'uso in sanità di strumenti quali le matrici di portafoglio, rispetto a cui sono state anche individuate e discusse alcune ipotesi di modelli e di dimensioni di analisi critiche. La flessibilità che comunque consente la metodologia individuata nel modificare i contenuti delle matrici in termini di dimensioni di analisi rilevanti per la singola azienda riconosce il senso ultimo del loro utilizzo: le matrici di portafoglio non sono strumenti di decisione, ma strumenti a supporto delle decisioni, e hanno vantaggi e limiti di cui bisogna essere consci, così come bisogna saperle utilizzare in relazione alle finalità per cui sono state pensate, e non strumentalmente od in sostituzione all'assunzione di responsabilità manageriali da parte della direzione aziendale.

Tra i principali vantaggi, vi è la sinteticità (a forte impatto visivo), la trasparenza e la migliore «l'oggettività» delle valutazioni di performance e sviluppo delle UU.OO. aziendali, tutte caratteristiche che facilitano un «nuovo modo di pianificare» partecipativo fornendo un tavolo di discussione comune tra direzione e dirigenza in sede di definizione ed eventuale negoziazione delle scelte strategiche aziendali.

Tra i principali limiti, vi è invece la relativa «parzialità» delle valutazioni che consentono: ciò si esplica sotto il duplice punto di vista della limitatezza

Figura 10



posizionamento, o meglio delle reali potenzialità delle varie UU.OO., non è possibile se non si usa congiuntamente qualche altro strumento di analisi, tra cui *in primis* ad esempio proprio le matrici analitiche. Ciò non to-

glie che lo sguardo di insieme della matrice sintetica di posizionamento, purché apprezzato alla luce dei suoi limiti, sia molto potente in termini di impatto visivo immediato per la comparazione delle performance com-

di significatività che emerge da un uso disgiunto delle diverse matrici (che al contrario dovrebbero essere interpretate in maniera coordinata) e della limitata area di informazioni da cui traggono origine. Di certo, prima di avvalorare una determinata scelta strategica, è necessario integrare i supporti informativi dati dalle matrici con più estese analisi ambientali e con altre analisi organizzativa *ad hoc*.

Tutte le riflessioni, poi, dovrebbero trovare coerenza con il momento di vita aziendale, con la missione e con le aspettative politiche e sociali, portando a scelte che, anche in contrasto con ogni razionalità tecnica, non solo mantengono in vita, ma prevedono anche il potenziamento di strutture antieconomiche e di pessima qualità perché rispondono a bisogni di competenza specifica dell'azienda o che non troverebbero altra soluzione alternativa. In altre parole, l'azienda dovrebbe chiedersi quali aree di attività sono da considerarsi strettamente istituzionali e quali non lo sono, e rispetto a queste ultime, che sono quelle eventualmente dismissibili o ridimensionabili, chiedersi quale beneficio sociale producono ed a che prezzo per l'azienda, andando in ultimo a depotenziare/dismettere solo quelle a basso beneficio ed alto costo o quelle ad alto beneficio ed alto costo che possono però trovare altra risposta valida nell'ambiente di riferimento. Solo alla fine di questo processo di esercizio del «buon senso» manageriale, evitando di sovraccaricare o sostituire i processi decisionali con le risposte date da una molteplicità di strumenti che devono solo assolvere il ruolo di supporto informa-

tivo, le scelte strategiche risultanti saranno veramente praticabili dall'organizzazione.

(1) Azienda, quella sanitaria pubblica, che svolge un ruolo critico in molte realtà locali sia per le funzioni che assolve, sia perché è spesso il primo datore di lavoro della zona.

(2) Per un esempio di questo tipo di processo di costruzione delle matrici di portafoglio attività, si veda l'articolo di A. Correani, F. De Grassi, G. Fagiolo, S. Del Balzo, L. Baldino, pubblicato su questo stesso numero della rivista Mecosan.

(3) Dimensione da valutare in termini monetari, in quanto rispecchia indirettamente in tale modo la complessità anche delle fughe, ma da esprimersi come percentuale per distinguere tra elevata o bassa.

(4) Ad esempio tramite una selezione «avversa» della domanda a favore dei non residenti.

(5) Si fa riferimento al tasso di occupazione media dei posti letto, cioè quel valore % che rappresenta la capacità residua media di un reparto di degenza, ovvero la sua capacità di assorbire le fluttuazioni della specifica domanda di ricovero.

(6) Posto che la legge 595/85 stabilisce che gli ospedali, e dunque i reparti di cui si compongono, non dovrebbero essere occupati per meno del 70-75%.

(7) In effetti, quello dell'interpretazione dell'indicatore è un problema serio che rimane vero ogni qual volta si usano *proxy* per stimare indirettamente un secondo fenomeno: ad esempio, per rimanere in tema, un valore dei tempi di attesa elevato potrebbe significare un alto fattore di attrattività, una sottodimensionata capacità produttiva od una «cattiva» organizzazione del lavoro.

(8) Anche se bisogna fare attenzione a verificare se il peso medio basso dipenda da incapacità di attrarre domanda qualificata o da un'impossibilità collegata all'assenza di tecnologia adeguata. Comunque, rispetto a quest'ultima possibilità, il fatto che la matrice preveda anche la dimensione della dotazione tecnologica dovrebbe aiutare ad interpretare lo stesso indicatore del peso medio.

(9) Ad esempio, per la Regione Lombardia si possono prendere i valori stabiliti con il DGR 3516 del 16 febbraio 2000 che identifica i ricoveri ordinari «bassi» in quelli con peso < 0,75 se chirurgici e con peso < 0,66 se non chirurgici.

(10) E magari per una parte della valutazione dei dirigenti.

(11) Il fatto che si utilizzino diverse dimensioni, cioè diversi indicatori, rispettivamente pesati, rende ancora più complesso il problema di una loro corretta interpretazione, data la loro «convergenza» in risultati che nascondono i singoli effetti. Anche per questo motivo è opportuno affiancare le matrici analitiche a quella sintetica di posizionamento.

(12) Importante invece per le aziende *non profit* e *for profit*. Al limite, per le A.O. pubbliche potrebbe contare il margine complessivo e di singolo U.O. in termini di contribuzione alla copertura dei costi generali di azienda.

(13) Per un altro esempio si veda il seguente articolo in questo stesso numero di Mecosan di A. Correani, F. De Grassi, G. Fagiolo, S. Del Balzo, L. Baldino.

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1989), *Lezioni di economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione», *Mecosan*, 14.
- FAVERO L., MONTAGUTI U., ZANETTI M. (1995), «La crisi degli indicatori tradizionali di utilizzo dell'ospedale: una ipotesi di restauro», *L'ospedale*, 6, giugno, pagg. 12-30.
- HEDLEY (1977), *Strategy and the business portfolio*, Long Range Planning.
- HOFER & SCHENDEL (1978), *Strategy formulation: analytical concepts*.
- LEGA F. (1997), «Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle Aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 24.
- REBORA R., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.

LA COMUNICAZIONE INTERNA COME STRUMENTO DI GOVERNO DELLA COMPLESSITÀ OSPEDALIERA

Francesca M. Cesaroni

Libera Università degli Studi di Urbino, Istituto di Studi Aziendali

SOMMARIO: 1. La razionalizzazione della gestione ospedaliera tra obiettivi di efficienza e di efficacia - 2. Un quadro di interventi per il riorientamento del comportamento degli operatori sanitari - 2.1. Gli obiettivi strategici dell'azienda ospedaliera nel quadro del processo di riforma della sanità pubblica - 2.2. La comunicazione interna come mezzo di diffusione di una nuova cultura nella gestione degli ospedali - 2.3. I fabbisogni formativi del personale ospedaliero - 2.4. Nuovi strumenti di analisi e controllo dei costi per coniugare efficienza ed efficacia nella gestione degli ospedali - 3. L'applicabilità della logica *target costing* alle aziende ospedaliere - 4. La comunicazione interna per la gestione della complessità ospedaliera.

This article analyzes some problems caused by the current Italian health national system reform. In particular, our attention is focused on necessary cultural changes involving hospital personnel. Some recommendations for hospital top-management are developed in order to facilitate diffusion and sharing of new principles. To this end our analysis suggests the need for a clear action-project including: a) clear and explicit statement of hospital strategic objectives; b) effective inside communication process; c) wide and in-depth personnel training; d) development of an effective cost-management information system, supporting hospital personnel decision-making process. Finally, our analysis highlights the importance of inside communication as a means to create a strong collaboration amongst hospital staff members and to manage hospital complexity, through the creation of shared objectives and general common principles and values.

1. La razionalizzazione della gestione ospedaliera tra obiettivi di efficienza e di efficacia

L'obiettivo perseguito con l'emanazione del D.L.vo 502/92 è stato quello di avviare un processo di razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, che consentisse di tenere sotto controllo la spesa e di realizzare un servizio più efficace. Si volevano infatti correggere le diffuse tendenze de-responsabilizzanti nella gestione dei servizi sanitari pubblici e nell'impiego delle risorse, per affermare una nuova cultura della responsabilità sui risultati, che si esplicitasse in termini di miglioramento dell'efficienza e di innalzamento del livello qualitativo dei servizi offerti.

Su questa linea si collocano anche le norme che hanno previsto l'applica-

zione alle aziende ospedaliere di un sistema di finanziamento tariffario, il quale, nel momento in cui subordina l'ammontare delle risorse finanziarie assegnate ad ogni singola struttura alla composizione quali-quantitativa della casistica trattata, introduce un sistema di relazioni tra attività e risorse che dovrebbe fungere da stimolo verso l'aumento dell'efficienza gestionale, data la necessità di mantenere i costi al di sotto della tariffa stabilita per ciascuna prestazione.

Nel contempo, il nuovo sistema di finanziamento dovrebbe indurre gli ospedali a migliorare la qualità delle prestazioni erogate: in virtù del sistema concorrenziale creato dalle nuove norme e del diritto riconosciuto ai singoli cittadini di scegliere liberamente l'ospedale a cui rivolgersi, infatti, il

volume dei ricavi che ogni ospedale riuscirà ad ottenere sarà funzione della sua capacità di attirare clienti attraverso l'offerta di servizi qualitativamente migliori (1).

Tra le conseguenze indotte dal sistema di finanziamento tariffario, tuttavia, deve essere anche considerato il rischio che esso induca gli ospedali ad adottare comportamenti opportunistici, attraverso i quali migliorare i propri risultati economici speculando sulle differenze tra costi sostenuti e ricavi previsti per ciascuna prestazione (2). Si tratta di un rischio tutt'altro che remoto, il quale trova dimostrazione nei dati relativi alle prime applicazioni del nuovo sistema di finanziamento, da cui traspare la tendenza degli ospedali a specializzarsi nelle prestazioni più convenienti, caratterizzate da un più

vantaggioso rapporto tariffa/costi, a provocare fenomeni di ingiustificato aumento del numero dei ricoveri (3) o a dilatare i propri margini di profitto attraverso interventi di riduzione dei costi, nella maggior parte dei casi effettuati a scapito dell'efficacia delle prestazioni e del livello qualitativo dell'assistenza (4).

Il diffondersi di comportamenti di questo tipo induce a dubitare sull'effettiva capacità degli ospedali, e dei singoli operatori sanitari, di farsi parte attiva nel processo di cambiamento e di adottare comportamenti conformi con le nuove logiche che la riforma ha tentato di introdurre: il segnale trasmesso da questi comportamenti sembra infatti attestare la tendenza degli operatori sanitari ad anteporre le proprie convenienze particolari al raggiungimento di obiettivi di carattere più generale e dimostra, altresì, la difficoltà a comprendere la vera *ratio* e le vere finalità del processo di riforma del sistema sanitario.

In effetti, successivamente all'emanazione del D.L.vo 502/92, si è diffusa la sensazione che si fosse troppo enfatizzata la rilevanza degli aspetti economico-finanziari, con la conseguenza di distorcere la reale portata innovativa delle norme emanate: l'enfasi posta sull'esigenza di comprimere la spesa sanitaria, giustificata dalla grave situazione di *deficit* della sanità pubblica, ha infatti molto spesso indotto a fraintendere i veri obiettivi della riforma, con risultati che spesso sono andati in direzione opposta rispetto agli effetti attesi, manifestandosi sotto forma di impoverimento del livello qualitativo dei servizi erogati.

L'imposizione del vincolo del pareggio del bilancio e l'esortazione a contenere i costi hanno infatti indotto a dimenticare che tali risultati devono essere conseguiti non in quanto tali e come obiettivi fini a se stessi, ma piuttosto perché essi si configurano come

obiettivi strumentali, in quanto condizioni essenziali per il raggiungimento del fine prioritario ed inderogabile della tutela della salute.

Le numerose dichiarazioni, provenienti dal mondo sia accademico che politico, riguardo all'esigenza di introdurre criteri di economicità nella gestione delle aziende sanitarie ed ospedaliere, pertanto, solo erroneamente sono state interpretate come volontà di affermare la preminenza dei criteri economici rispetto a quelli sociali, etici e professionali distintivi dell'attività medico-sanitaria (5). L'intento perseguito attraverso l'opera di sensibilizzazione economica cui è stato sottoposto il sistema sanitario aveva, infatti, l'obiettivo di esortare ad un generale processo di razionalizzazione della gestione dell'attività sanitaria, la quale deve sottostare ad un vincolo, non rimovibile, costituito dalla disponibilità di risorse scarse.

In tale contesto, parlare di economicità della gestione non significa snaturare l'attività sanitaria e sacrificarla agli imperativi del profitto, significa invece riconoscere che il contenimento della spesa e l'adozione di modalità più razionali di impiego delle risorse costituiscono una necessità imprescindibile, il cui mancato rispetto rischia di compromettere la capacità del sistema sanitario di perseguire le sue finalità istituzionali di tutelare lo stato di salute e di benessere della collettività.

Le difficoltà di recepimento di tale messaggio, tuttavia, sono in parte da attribuire anche alla natura delle misure individuate dal legislatore per favorire il riequilibrio economico delle aziende ospedaliere, misure che hanno indotto ad esasperare il problema economico ed hanno contribuito a male interpretare le vere finalità del processo di riforma (6).

Oltre alle norme riguardanti l'introduzione del sistema di finanziamento

tariffario, dei cui rischi si è brevemente accennato, altre misure hanno contribuito ad affermare questa interpretazione fortemente economicistica. Ci si riferisce, ad esempio:

— alla facoltà delle Regioni di stabilire, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 del D.L.vo 502/92, una politica di incentivi per i medici di medicina generale, ai quali viene riconosciuto un compenso aggiuntivo, subordinato alla valutazione dell'attività prescrittiva e commisurato al contributo offerto al rispetto dei livelli di spesa programmati, con particolare riguardo alla spesa farmaceutica e diagnostica (7). Tale previsione è stata accolta da numerose Regioni, in taluni casi attraverso la corresponsione diretta ai medici di una quota calcolata sulla minor spesa indotta e rapportata a scaglioni di avvicinamento all'obiettivo fissato, in altri casi, invece, attraverso la costituzione di un fondo destinato ad investimenti in progetti assistenziali a favore della medicina di base;

— alla previsione della decadenza dalle proprie mansioni del Direttore generale e dei Direttori amministrativo e sanitario in caso di grave disavanzo della gestione (8);

— all'attribuzione ai membri della Direzione di una remunerazione integrativa, fino al 20% del trattamento economico annuo, determinata in rapporto ai risultati di gestione ed alla realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla Regione (9);

— alla revoca dell'autonomia aziendale delle strutture ospedaliere che presentino gravi situazioni di disavanzo (10).

Nel complesso, tali disposizioni hanno contribuito ad enfatizzare l'aspetto economico della gestione ospedaliere e ad incentivare gli operatori sanitari ad impegnarsi, *in primis*, per la riduzione dei costi, sia perché è a tali parametri che sono stati prevalente-

mente agganciati i criteri di valutazione delle *performance* ed i sistemi premianti, sia perché sono risultati pressoché assenti, o comunque poco incisivi, sistemi di controllo focalizzati sulla qualità dell'assistenza ospedaliera e sull'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche adottate.

Quest'ultimo problema è in parte da attribuirsi alla difficoltà ad individuare adeguati strumenti di valutazione della qualità delle prestazioni effettuate, soprattutto a causa delle specificità dell'attività sanitaria, della necessità di rispettare la discrezionalità professionale dei medici, della multidimensionalità del concetto di qualità e delle conseguenti difficoltà di ricondurre la valutazione all'interno di un ristretto numero di parametri precodificati (11).

In presenza di un quadro normativo come quello delineato dal D.L.vo 502/92, solo parzialmente attenuato dal più recente decreto di razionalizzazione del sistema sanitario (D.L.vo 229/99) (12), non possono quindi stupire quei comportamenti ampiamente diffusisi all'interno delle aziende ospedaliere e, più in generale, in tutto il sistema sanitario, in cui:

— da un lato, si sono innescati meccanismi di forte avversione, soprattutto da parte della classe medica, la quale ha accolto come un'inaccettabile ingerenza l'esortazione verso un più contenuto impiego di risorse e verso la ricerca di modalità più economiche di svolgimento dell'attività medico-assistenziale;

— dall'altro lato, si sono diffusi comportamenti di tipo opportunistico (aumento nel numero dei ricoveri impropri, abbassamento del livello qualitativo delle prestazioni ospedaliere, scrematura della domanda, ecc.), attraverso i quali gli operatori sanitari hanno cercato di conseguire vantaggi di tipo personale, adeguandosi quasi acriticamente ai vincoli imposti dalla

norma, senza preoccuparsi delle conseguenze causate sotto il profilo dell'efficacia delle prestazioni e della qualità dell'assistenza.

Soprattutto quest'ultimo costituisce un evidente effetto dei meccanismi introdotti dalle nuove norme: se, infatti, i risultati delle strutture sanitarie, le prestazioni del personale medico-sanitario e degli organi direttivi vengono valutati sulla base di parametri soprattutto economici, e se l'incentivo monetario è quello più frequentemente impiegato per sollecitare i singoli operatori a collaborare per il raggiungimento dei fini aziendali, il risultato che ci si può attendere non può che essere l'affermazione di una visione fortemente sbilanciata sull'aspetto economico, in cui il pareggio di bilancio e la riduzione della spesa sono concepiti come fini assoluti e prioritari, spesso perseguiti a discapito del livello qualitativo e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Ciò spiega il motivo per cui l'enfasi posta sul contenimento della spesa ha indotto gli operatori sanitari, peraltro privi di competenze manageriali, a dare un'interpretazione spesso unidirezionale delle finalità della riforma, cogliendone soltanto il monito verso la riduzione dei costi e trascurandone invece i richiami al miglioramento della qualità e dell'efficacia, spesso espressi in termini più impliciti.

La conseguenza è stata che i problemi della sanità italiana sono rimasti in larga misura ancora irrisolti, sia dal punto di vista della spesa sanitaria, di cui non si hanno ancora significativi segnali di miglioramento (13), sia sotto il profilo del livello qualitativo e dell'efficacia del servizio sanitario.

Una possibile spiegazione del fenomeno può essere individuata nella particolare natura del processo di cambiamento avviato e nella inevitabile lentezza dei risultati che esso è in grado di produrre. Analogamente ad ogni altro

processo di cambiamento caratterizzato da una forte matrice culturale, infatti, anche l'attuale riforma del sistema sanitario non può verosimilmente produrre risultati in tempi brevi.

Il processo di aziendalizzazione, cui è stato dato avvio con il D.L.vo 502/92, nel momento in cui ha imposto una profonda e radicale modifica delle logiche gestionali adottate nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, richiede necessariamente un lungo periodo di assestamento, indispensabile per consentire sia agli organi direttivi, che a tutti gli operatori coinvolti nella gestione, di abbandonare la tradizionale cultura di matrice politico-amministrativa, per adottare una nuova logica manageriale, orientata all'efficienza ed alla qualità dei risultati.

Tale obiettivo non può evidentemente essere realizzato con la semplice prescrizione dell'obbligo di rispettare il vincolo del pareggio del bilancio e con l'introduzione di nuovi sistemi informativi o nuovi strumenti gestionali, i quali non possono produrre il cambiamento atteso se la loro applicazione non è preceduta, ed anche accompagnata, da un ben più profondo e difficile processo di interiorizzazione di nuovi principi e di nuove logiche (14).

Per questo motivo, cambiamenti quali la sostituzione della contabilità finanziaria con la contabilità economico-patrimoniale, così come l'introduzione di nuovi strumenti di programmazione e di controllo o l'adozione di nuovi sistemi di finanziamento, non possono risultare sufficienti a modificare una realtà guidata da principi che, per contro, sono rimasti in larga misura immutati.

Situazioni di questo tipo rischiano anzi di risultare addirittura controproducenti, dal momento che possono causare il manifestarsi di un pericoloso stato di incoerenza tra «modo di

pensare» e strumenti impiegati nella gestione, i cui risultati non possono che essere confusione, difficoltà di interpretazione dei dati prodotti dai sistemi informativi, incomunicabilità, incoerenza delle decisioni e delle azioni, conflittualità e, quindi, difficoltà di gestione.

Il problema, pertanto, non riguarda tanto la natura degli strumenti gestionali previsti dalla legge, quanto piuttosto le modalità del loro inserimento e del loro impiego da parte degli operatori, sia quelli medico-sanitari, che quelli amministrativo-direzionali. Ciò postula la necessità di avviare un parallelo processo di rinnovamento culturale, attraverso il quale creare un *background* che risulti propizio all'affermazione di nuovi valori e di nuovi atteggiamenti e consenta di riorientare i comportamenti di tutti gli operatori sanitari: l'obiettivo verso cui tendere dovrà essere individuato nella razionalizzazione della gestione, ciò che significa porre il paziente al centro del servizio sanitario ed individuare soluzioni capaci di massimizzare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, da un lato, ed innalzare la qualità dei servizi forniti, dall'altro.

Allo scopo di realizzare questo processo di evoluzione culturale che, come affermato, costituisce la necessaria premessa affinché gli interventi di rinnovamento disposti dal legislatore si traducano in un'effettiva razionalizzazione della gestione dell'attività sanitaria ed ospedaliera, si propone uno schema di interventi che prevede la verifica di quattro condizioni:

1) chiara ed esplicita definizione degli obiettivi strategici dell'organizzazione;

2) sviluppo di un'efficace attività di comunicazione interna;

3) intenso processo di formazione culturale cui sottoporre la componente personale delle aziende ospedaliere;

4) applicazione di adeguati strumenti informativi e gestionali che supportino il personale ospedaliero nel riorientare la gestione, indirizzandola verso gli obiettivi strategici perseguiti.

2. Un quadro di interventi per il riorientamento del comportamento degli operatori sanitari

2.1. Gli obiettivi strategici dell'azienda ospedaliera nel quadro del processo di riforma della sanità pubblica

La prima condizione affinché si realizzi l'auspicato processo di razionalizzazione della gestione ospedaliera consiste nella *chiara ed esplicita definizione degli obiettivi* verso i quali convogliare i comportamenti di tutti i membri dell'organizzazione, obiettivi che dovrebbero essere definiti in modo da esplicitare l'orientamento strategico dell'ospedale e rappresentare l'insieme di valori e di principi che ne definiscono l'identità e che giustificano la sua stessa ragion d'essere (15). Tali obiettivi dovrebbero diventare il perno intorno al quale organizzare e coordinare, in un'ottica di lungo periodo, l'intera attività dell'organizzazione, riuscendo, nel contempo, ad influire sui comportamenti e sui processi decisionali di breve periodo.

Nel caso specifico degli ospedali, ciò richiede innanzitutto la chiara individuazione degli obiettivi ad essi assegnati nell'ambito del processo di riforma del sistema sanitario: a fronte delle reazioni suscitate dalle disposizioni contenute nel D.L. vo 502/92, ciò significa che è necessario rimuovere l'idea, ampiamente diffusa, che l'obiettivo dell'ospedale sia il pareggio di bilancio, affinché si affermi come obiettivo prioritario la tutela della salute ed il soddisfacimento del bisogno di benessere psico-fisico della collettività, da realizzarsi in modo da ottimiz-

zare il rapporto tra bisogni da soddisfare e risorse disponibili.

Ciò implica anche l'impegno a rimuovere l'erronea convinzione che considera efficienza e qualità come obiettivi alternativi ed incompatibili, che pongono l'ospedale di fronte alla necessità di risolvere un inevitabile problema di scelta.

La sfida da affrontare, infatti, riguarda proprio il superamento di questa idea di *trade-off* (16) (la qualità genera costi, per ridurre i costi è necessario rinunciare alla qualità), affinché si affermi l'immagine di un'organizzazione contemporaneamente impegnata su più fronti, in quanto finalizzata ad innalzare il più possibile la qualità, tenendo contemporaneamente sotto controllo i costi.

Si pone pertanto per le aziende ospedaliere l'esigenza di individuare una collocazione ideale all'interno di un binomio di forze contrapposte, rappresentate dalla spinta verso la riduzione della spesa, da un lato, e dall'esigenza di elevare il livello qualitativo del servizio offerto, dall'altro, entrambe capaci di condizionare la capacità dell'ospedale di raggiungere i suoi fini istituzionali e di mantenersi in una condizione di equilibrio economico. Se, infatti, l'offerta di servizi di qualità si configura come condizione essenziale per non perdere «clienti» e per non ridurre l'entità delle entrate, d'altra parte l'esodo dei pazienti verso altre strutture ospedaliere, causato dalla bassa qualità dei servizi offerti, avrebbe l'effetto di ridurre l'ammontare di risorse finanziarie a disposizione dell'ospedale e di dare avvio ad una spirale negativa sotto forma di progressivo peggioramento dell'efficacia e della qualità offerta, come conseguenza della difficoltà ad attuare processi di rinnovo e di ammodernamento degli impianti e delle strutture medico-sanitarie e dell'incapacità di trattenere quelle risorse umane maggior-

mente dotate sotto il profilo delle competenze e delle capacità professionali, le quali sarebbero naturalmente attratte verso strutture più efficienti e più evolute.

L'obiettivo verso il quale deve essere indirizzata la gestione dell'ospedale non può pertanto essere quello della mera riduzione dei costi: quest'ultimo risultato non può infatti essere apprezzato in quanto tale, ma soltanto nella misura in cui esso risulti funzionale al miglioramento dell'efficacia dell'attività ospedaliera ed alla ottimizzazione dell'utilità pubblica, in termini di miglioramento del livello di benessere della collettività.

2.2. La comunicazione interna come mezzo di diffusione di una nuova cultura nella gestione degli ospedali

La seconda condizione per la realizzazione degli intenti della riforma è rappresentata dall'adozione di un'efficace attività di comunicazione interna, che consenta di diffondere pervasivamente a tutta l'organizzazione gli obiettivi strategici perseguiti, in modo da creare in tutti i soggetti operanti all'interno dell'ospedale un generale consenso nei confronti degli orientamenti strategici perseguiti ed indurre tutto il personale ad adottare comportamenti coerenti con questi ultimi (17). La comunicazione dovrebbe pertanto essere utilizzata allo scopo di creare all'interno dell'organizzazione uno stato di costante tensione, il quale agisca come fattore di stimolo nei confronti di tutte le componenti umane, affinché queste si sentano personalmente motivate ad impegnarsi ed a dedicare tutte le proprie potenzialità professionali al raggiungimento dei fini perseguiti dall'organizzazione.

In questo senso la comunicazione viene a configurarsi come strumento di gestione, il quale, nel momento in

cui favorisce l'acquisizione del consenso delle componenti umane intorno agli obiettivi strategici perseguiti, facilita il coordinamento dell'attività e riduce le resistenze interne nei confronti di quelle iniziative, coerenti con i suddetti obiettivi, il cui successo dipende in larga misura dalla motivazione e dall'impegno degli attori che vi sono coinvolti e che sono chiamati a dedicarvi le proprie energie (18).

La comunicazione diventa pertanto il mezzo per favorire l'affermazione di una cultura aziendale diffusa ed ampiamente condivisa, tale da consentire la creazione di un generale senso di *commitment* nei confronti del «progetto strategico» aziendale (19).

L'efficacia della comunicazione, di conseguenza, dovrebbe essere valutata non soltanto in rapporto alla sua capacità di favorire la diffusione di principi e valori che definiscano gli obiettivi strategici dell'organizzazione, ma anche, e soprattutto, rispetto al suo potere di influenzare i comportamenti delle risorse umane e di sollecitare queste ultime ad assumere un ruolo attivo nel promuovere e sostenere il raggiungimento delle finalità organizzative.

Ciò è soprattutto importante in questa fase di profondo e diffuso rinnovamento che interessa la sanità pubblica, per il cui successo è necessario che il personale ospedaliero non si limiti a subire il cambiamento e semplicemente ad adeguarsi alle nuove logiche, ma è soprattutto importante che esso diventi parte attiva, impegnandosi in prima persona nel promuovere azioni volte a favorire l'affermazione della nuova cultura.

Tale possibilità risulta fortemente condizionata dal ruolo e dall'atteggiamento assunto dal vertice direzionale (20). È infatti essenziale che gli organi direzionali, ed in particolare il Direttore generale ed il Direttore sanitario (21), non solo si facciano porta-

voce dell'insieme di principi e valori che intendono diffondere all'interno dell'organizzazione, ma risultino anche personalmente coinvolti nel processo di rinnovamento e di affermazione della nuova cultura, in modo da ridurre la possibilità che si creino sentimenti di ostilità tra il vertice e la base e favorire l'affermazione di un clima di generale consenso, alimentato dalla sensazione di un diffuso e condiviso impegno da parte di tutti i membri dell'organizzazione.

A ciò si aggiunga che, soprattutto in un contesto organizzativo come quello ospedaliero, caratterizzato dalla presenza di soggetti, i medici (22), dotati di una spiccata identità professionale e portatori di valori, ideali e principi forti e non sempre allineati con quelli del vertice direzionale, un approccio impositivo adottato secondo una logica di tipo *top-down* rischierebbe di scontrarsi con un atteggiamento di avversione e di resistenza, in quanto percepito come inaccettabile invadenza nei confronti dell'autonomia professionale dei medici.

È pertanto evidente che, ai fini dell'ottenimento del consenso nei confronti degli obiettivi strategici dell'organizzazione e, soprattutto, ai fini della creazione di uno spirito collaborativo e di un diffuso impegno verso il raggiungimento di questi ultimi, il processo di comunicazione non può essere condotto con una logica autoritativa, che implicitamente si richiama ad una situazione di passiva ed acritica obbedienza, con personale ridotto al ruolo di semplice esecutore degli ordini impartiti dai vertici direzionali.

Al contrario, affinché nelle aziende ospedaliere si realizzi un processo di identificazione dei dipendenti con l'organizzazione, ed affinché questi ultimi si sentano personalmente coinvolti per il raggiungimento dei suoi fini, si rende necessaria l'adozione di un approccio comunicazionale di tipo

persuasivo (23), il quale muova dalla convinzione che gli obiettivi dell'organizzazione sono raggiungibili soltanto se si realizza un processo di generale accettazione e condivisione di una cultura comune e soltanto se c'è, da parte di tutto il personale, soprattutto medico, la disponibilità a mettere a disposizione dell'ospedale le proprie competenze professionali, in nome di un interesse superiore che trascenda quello dei suoi singoli membri.

In questo contesto, pertanto, la persuasione non deve essere negativamente interpretata come manipolazione della volontà dei dipendenti o come azione di condizionamento utilizzata dalla direzione per convincere il personale della bontà delle proprie scelte.

Al contrario, l'approccio persuasivo cui accenniamo dovrebbe essere basato sulla comunicazione trasparente, sul dialogo e sul confronto aperto con i professionisti ospedalieri, sul rispetto della loro cultura e dei loro valori, i quali non possono essere soffocati in nome delle nuove istanze economiche cui l'ospedale deve rispondere, ma devono piuttosto essere reinterpretati in modo da renderli compatibili e complementari con le esigenze economico-manageriali sostenute dal vertice direzionale (24).

Ciò significa che la comunicazione deve riuscire ad evitare il formarsi di uno spirito antagonistico tra organi direzionali e personale medico, per contribuire alla creazione di un atteggiamento di fiducia e di collaborazione reciproca, premessa necessaria per l'avvio di iniziative finalizzate al miglioramento dell'intera organizzazione, le quali richiedono pari impegno da entrambe le parti. È infatti indispensabile che, da parte degli organi direttivi, si rafforzi la consapevolezza che il successo dell'ospedale, e quindi la capacità di raggiungere i suoi fini istituzionali operando in condizioni di efficacia e di efficienza, è fortemente

condizionato dalla possibilità di ottenere il consenso dei medici e dalla disponibilità di questi ultimi a mettere a disposizione dell'organizzazione tutte le loro potenzialità professionali.

D'altra parte, è necessario che i medici rinuncino al loro atteggiamento tipicamente individualistico e si rendano compartecipi dei problemi e dei fini dell'organizzazione, i quali non possono più essere mantenuti al di fuori della loro sfera di interesse e vissuti come inaccettabile causa di limitazione della loro professionalità e della loro libertà d'azione, ma devono piuttosto essere considerati come problemi comuni, la cui soluzione, necessaria per consentire anche agli stessi medici di operare efficacemente, è possibile soltanto con la partecipazione attiva di tutti i componenti dell'organizzazione (25).

È perciò importante che nel processo comunicazionale venga enfatizzato il fatto che perseguire l'economicità non significa sacrificare la deontologia e la rigerosità della professione medica alle finalità economico-finanziarie dell'ospedale, ma significa piuttosto individuare formule e soluzioni che consentano all'ospedale di adempiere alle proprie finalità istituzionali, pur nel rispetto dei vincoli dati dalla scarsa disponibilità di risorse e quindi dall'esigenza di ottimizzarne l'uso.

Ulteriori riflessioni circa l'importanza della comunicazione scaturiscono dalla considerazione della particolare natura delle aziende ospedaliere e dell'*output* da esse prodotto.

Trattandosi di aziende di servizi (26), infatti, il loro processo di produzione risulta in massima parte coincidente con il processo di scambio, attraverso il quale l'ospedale entra direttamente in contatto con gli utenti dei suoi servizi. Ne consegue che la comunicazione interna, indirizzata dai dirigenti verso il personale ospedaliero, in particolare medico, assume

un'importanza che va ben al di là di quella di uno strumento di creazione del consenso e di sviluppo di uno spirito collaborativo interno all'organizzazione. Gli effetti della comunicazione, infatti, non rimangono limitati all'interno di questa, ma si estendono oltre i suoi confini per trasmettersi anche all'esterno, verso la collettività destinataria dei servizi ospedalieri (27).

E ciò in quanto negli ospedali il medico, ed in misura minore anche il personale infermieristico e tecnico, si configurano come operatori di *front office*, i quali, attraverso i contatti diretti che intrattengono quotidianamente con i pazienti, diventano il mezzo attraverso il quale l'ospedale proietta la sua immagine verso l'esterno (28).

In questo contesto il processo di comunicazione non può essere affrontato soltanto come un problema di gestione interna, in quanto esso investe l'identità e l'immagine che l'ospedale trasmette all'esterno, condizionando la sua capacità di ottenere legittimazione dal contesto sociale a cui si rivolge e con il quale interagisce (29).

Le decisioni del *management* riguardo alla natura, al contenuto ed allo scopo della comunicazione interna, attraverso il ruolo intermediario del medico, si rifletteranno, quindi, anche sull'atteggiamento che lo stesso medico adotterà nello svolgimento delle sue funzioni e dunque sul livello qualitativo dei servizi resi agli utenti dell'ospedale, con ciò influenzando il giudizio che la collettività esprimerà nei confronti dell'efficacia dell'attività ospedaliera e della sua capacità di soddisfare i bisogni di assistenza sanitaria (30).

Ne consegue che la professionalità, la disponibilità e la cortesia del personale medico-sanitario, la sua capacità di rispondere con chiarezza e con competenza alle richieste del paziente,

la sua velocità nell'adempiere ai suoi compiti, ecc., sono tutti aspetti che esercitano un impatto molto forte, se non addirittura prioritario, sulla percezione del livello qualitativo del servizio che il paziente riceve. Dal momento che quest'ultimo è, nella maggior parte dei casi, incapace di giudicare le prestazioni ospedaliere sotto il profilo strettamente medico-scientifico (*qualità tecnica*), la sua valutazione ed il suo grado di soddisfazione risulteranno prevalentemente condizionati dagli aspetti intangibili delle prestazioni, ossia da quei componenti del servizio che attengono alla natura dei contatti umani ed alle modalità con cui si esplicitano le relazioni interpersonali tra il medico ed i suoi pazienti (*qualità funzionale*) (31).

Di conseguenza i contatti che i medici intrattengono con i pazienti nell'esercizio della loro attività professionale danno origine, a loro volta, ad un flusso comunicazionale che si trasmette dall'esterno verso l'interno ed i cui contenuti dovrebbero essere attentamente valutati dalla direzione nella definizione delle strategie e delle politiche gestionali dell'ospedale.

In particolare, l'importanza che i pazienti attribuiscono agli aspetti intangibili del servizio ospedaliero costituisce un importante segnale ai fini della valutazione dei loro bisogni e delle soluzioni idonee al loro soddisfacimento, in quanto indica all'ospedale quali sono gli elementi a cui, più che ad altri, è ancorato il giudizio del destinatario del servizio stesso.

La rilevanza strategica della comunicazione ne risulterà pertanto enfatizzata, dal momento che i suoi effetti non si limitano alla creazione di un consenso interno nei confronti degli obiettivi dell'organizzazione, ma si estendono anche alla capacità dell'ospedale di offrire ai suoi utenti servizi dotati di quelle caratteristiche che essi giudicano più importanti.

Quanto affermato esalta ulteriormente il ruolo del medico, il quale viene a configurarsi come il punto di raccordo di un flusso di comunicazione a più vie: oltre ad essere destinatario della comunicazione interna, egli diviene il mezzo attraverso il quale si trasmette la comunicazione dell'ospedale verso l'esterno e, nel contempo, il mezzo di ricezione del flusso comunicazionale che si proietta dall'esterno verso l'interno. Si rafforza pertanto l'idea che il medico costituisca una variabile strategica chiave per l'ospedale, sia perché la sua collaborazione ed il suo impegno sono essenziali per consentire all'ospedale di operare in modo efficace ed efficiente e permettere al *management* di raggiungere gli obiettivi perseguiti, sia perché dalla sua sensibilità e dalla sua capacità di percezione dipende la possibilità dell'ospedale di interpretare correttamente i bisogni dell'utenza e quindi di orientare la gestione verso il loro soddisfacimento.

In questo modo si allarga notevolmente la gamma dei compiti affidati al medico e, parallelamente, si allarga anche la gamma delle competenze che egli deve possedere per potervi assolvere degnamente.

Al medico, infatti, non sono più richieste soltanto conoscenze tipicamente medico-scientifiche, ma è necessario che queste vengano integrate con altre competenze attinenti agli aspetti organizzativi, gestionali ed economici dell'ospedale, affinché egli possa dare un contributo attivo al miglioramento della gestione ospedaliera (32).

2.3. I fabbisogni formativi del personale ospedaliero

Da quanto precede discende, come *terza condizione*, l'esigenza di sottoporre la classe medica ad un *intenso processo di formazione* (33), attraverso

il quale far sì che il medico acquisisca una prospettiva interdisciplinare nella formulazione delle decisioni e nella valutazione degli effetti indotti dalle proprie azioni e, soprattutto, affinché si sviluppi tra medici e *management* un linguaggio comune, che superi i confini delle singole specializzazioni ed incorpori valori culturali condivisi a tutti i livelli, in modo che esso diventi elemento strutturante dell'intera organizzazione.

In particolare, è necessario che il medico acquisisca adeguate competenze manageriali affinché:

1) si renda consapevole del fatto che i problemi economico-manageriali dell'ospedale non sono «estranei» rispetto alla sua attività e che il tenerne conto non comporta il rischio di «contaminare» il rigore scientifico e l'eticità della professione medica. È necessario che il medico allarghi il raggio delle sue conoscenze e dei suoi interessi ed acquisisca una prospettiva globale, per rendersi conto che la soluzione di tali problemi è essenziale affinché si creino quelle condizioni di equilibrio che consentano un efficace svolgimento della stessa attività medica: se, infatti, l'ospedale si trova in una situazione di disequilibrio finanziario, se genera costi troppo elevati, se presenta problemi organizzativi, ecc., ne risulterà condizionata anche la sua stessa capacità di operare bene e di assolvere con efficacia al suo compito primario di soddisfare i bisogni di assistenza del paziente;

2) sappia elaborare e proporre soluzioni per migliorare l'efficienza della gestione ospedaliera, nella consapevolezza che non si tratta di problemi la cui soluzione debba provenire dall'esterno, ma che essi richiedono invece il contributo e la collaborazione attiva di tutti, *in primis* proprio dei medici che costituiscono il nucleo operativo dell'ospedale, in quanto principali

protagonisti dei processi organizzativi e gestionali che vi si svolgono.

Ne consegue che il processo di omogeneizzazione culturale e di integrazione delle svariate competenze specialistiche di cui i componenti dell'ospedale sono portatori si configura come condizione necessaria per dare concreta attuazione all'auspicato cambiamento e per far sì che si affermi una nuova cultura della qualità, dell'efficacia e dell'efficienza, la quale richiede la creazione di un terreno favorevole allo scambio delle competenze, al confronto delle opinioni, alla comunicazione ed alla collaborazione nell'affrontare i problemi dell'organizzazione.

2.4. Nuovi strumenti di analisi e controllo dei costi per coniugare efficienza ed efficacia nella gestione degli ospedali

Affinché il medico possa attivamente contribuire alla razionalizzazione della gestione ospedaliera, si pone, infine, come *quarta condizione*, la necessità di disporre di *adeguati strumenti di analisi, di misurazione, di gestione e di controllo dell'attività*, la cui funzione dovrebbe essere quella di sostenere e guidare il personale ospedaliero nel riorientare la gestione verso il raggiungimento degli obiettivi strategici perseguiti.

È infatti evidente che l'efficacia della comunicazione risulterebbe notevolmente sminuita, con la conseguenza di compromettere la realizzazione dei fini dell'organizzazione, qualora a tali soggetti venisse negata la possibilità di disporre di strumenti che aiutino a rendere concretamente fattibile il progetto strategico verso il quale l'ospedale tende.

I suddetti strumenti dovrebbero essere tali da consentire al personale medico di collaborare a fianco del management e di mettere in comune le reci-

proche conoscenze e competenze, in modo da affrontare i problemi dell'ospedale con un'ottica integrata, attenta sia agli aspetti tecnici, tipici della professione medica, sia a quelli organizzativo-gestionali ed economici, propri della componente manageriale.

È proprio la possibilità di realizzare questa situazione di collaborazione sinergica la condizione affinché si possa riorganizzare l'attività ospedaliera, attraverso l'individuazione di soluzioni capaci di ricomporre il dissidio venutosi a creare tra efficacia ed efficienza, tra necessità di riduzione dei costi e necessità di migliorare la qualità del servizio sanitario, in modo da salvaguardare gli obiettivi inderogabili di tutela della salute pubblica e di soddisfacimento dei bisogni di assistenza della collettività, muovendosi però all'interno del limite rappresentato dalla disponibilità di risorse vincolate. Dovrebbe pertanto trattarsi di strumenti che aiutino a tenere sotto controllo la spesa sanitaria, ma purché ciò non determini un peggioramento della qualità delle prestazioni. L'obiettivo dovrebbe anzi essere quello di abbassare i costi, elevando *contestualmente* la qualità dell'assistenza sanitaria.

Il problema della razionalizzazione della gestione ospedaliera deve quindi essere affrontato con un'ottica sistemica, coniugando gli aspetti economici con quelli relativi all'efficacia delle prestazioni ed al soddisfacimento del paziente. Ciò significa che il problema non può semplicemente essere risolto con l'individuazione delle aree della gestione o dei fattori produttivi rispetto ai quali effettuare interventi di taglio dei costi. Tali interventi, infatti, non necessariamente producono un miglioramento dell'assistenza sanitaria, ma potrebbero anzi provocarne il deterioramento, se effettuati eliminando servizi indispensabili oppure riducendo la qualità dei fattori produttivi impiegati (34).

È invece importante effettuare interventi di eliminazione degli sprechi attualmente esistenti ed individuare opportunità di ridefinizione delle procedure che consentano di ottimizzare le modalità di impiego delle scarse risorse a disposizione e di massimizzare il livello quali-quantitativo dell'*output* finale.

Ciò postula quindi l'impiego di strumenti di supporto gestionale ed informativo che, tuttavia, non si limitino a rilevare i costi sostenuti, assumendo ad una mera funzione descrittiva (*cost accounting*) (35), ma che consentano di orientare tutta l'attività ospedaliera verso il miglioramento dell'efficacia e l'efficienza, grazie alla possibilità di individuare le cause di formazione dei costi e quindi di agire sulle leve che ne consentono la riduzione (*cost management*) (36).

Tale esigenza risulta ulteriormente rafforzata in conseguenza degli effetti indotti dall'introduzione del nuovo sistema di finanziamento tariffario, il quale, istituendo un rapporto di corrispondenza diretta tra attività svolta e risorse finanziarie disponibili, costringe gli ospedali a determinare i costi sostenuti per lo svolgimento delle singole prestazioni ed a confrontarli con l'ammontare delle tariffe loro corrispondenti, poiché è dal rapporto che si istituisce tra risorse impiegate e risorse introitate che dipende la capacità degli ospedali di raggiungere e di conservare una situazione di equilibrio economico e finanziario.

A tal fine si prospetta l'opportunità di adottare una logica *target costing*, la quale, a partire dal vincolo dato dal ricavo previsto per ciascuna prestazione, identificato dalla tariffa, consenta di riprogettare e ristrutturare i processi produttivi ospedalieri in modo da contenere i costi al di sotto del limite tariffario e, nel contempo, garantire il rispetto di prestabiliti *standard* di efficacia e di appropriatezza clinica.

L'applicazione della logica *target costing* negli ospedali verrebbe infatti a configurarsi come occasione per ripensare criticamente all'intera gestione e per riprogettarla (37), in modo da eliminare di tutte le aree di inefficienza attualmente esistenti e, quindi, per ottimizzare le modalità di impiego delle risorse necessarie per lo svolgimento delle prestazioni medico-sanitarie. Ciò significa procedere alla revisione di tutti i processi ospedalieri, secondo una logica centrata sul paziente e finalizzata alla ricerca di tutte quelle soluzioni organizzative, gestionali procedurali e tecniche che consentano di massimizzare il valore da esso percepito, pur minimizzando l'ammontare di risorse impiegate per l'ottenimento dei servizi che gli sono offerti, in modo da mantenere i costi al di sotto di un certo valore-obiettivo (*target*), nel caso specifico corrispondente al valore tariffario di ciascuna prestazione (DRG).

In questo modo il *target costing* verrebbe ad assolvere anche un'importante funzione di rafforzamento della comunicazione interna: nel momento in cui tutte le componenti del sistema ospedaliero venissero coinvolte nel processo di razionalizzazione della gestione, il *target costing* eserciterebbe, infatti, un'importante azione motivazionale, capace di incentivare tutte le componenti personali ad adottare comportamenti coerenti rispetto agli obiettivi perseguiti.

Il *target costing* potrebbe quindi essere utilizzato come strumento idoneo alla creazione di quel senso di «strong commitment» (38) che consente di coalizzare tutte le risorse umane dell'ospedale verso il fine di conseguire significativi risparmi di costi e, nel contempo, conferire maggiore efficacia all'attività ospedaliera.

In questo senso l'utilità del *target costing* andrebbe ben al di là di quella attribuibile ad un semplice sistema di

misurazione dei costi. Esso si configura piuttosto come strumento manageriale, da impiegare per coordinare le forze aziendali e per coalizzarle intorno ad un obiettivo di efficienza e di efficacia, il cui raggiungimento richiede la partecipazione attiva e la collaborazione di tutte le sue componenti. Proprio in virtù della capacità di generare questo forte senso di coinvolgimento e di *commitment*, infatti, l'obiettivo di costo dovrebbe essere vissuto non come un'imposizione o come un vincolo imposto dall'alto, ma piuttosto come un obiettivo comune, per il cui raggiungimento il medico dovrebbe essere disposto ad impegnarsi personalmente.

L'applicazione della logica *target costing* nelle aziende ospedaliere rappresenterebbe quindi l'occasione per ripensare all'organizzazione dell'intera attività e per ridefinire i processi di produzione dei servizi di assistenza sanitaria, indirizzandoli verso le soluzioni giudicate più convenienti, in quanto generatrici dell'ammontare di costi complessivamente minori e tali da lasciare immutate o, ove occorre, migliorare, le caratteristiche qualitative del servizio finale.

3. L'applicabilità della logica *target costing* alle aziende ospedaliere

L'applicabilità della logica *target costing* alle strutture ospedaliere richiede, però, alcune riflessioni riguardo alle specificità del prodotto erogato, le quali impongono l'adozione di modelli di comportamento parzialmente diversi da quelli adottabili all'interno delle imprese di produzione (39).

Il prodotto ospedaliero è, infatti, costituito da un servizio, il quale si esplicita attraverso la realizzazione di un processo diagnostico-terapeutico, caratterizzato dalla presenza dei seguenti attributi:

— *elevata personalizzazione*, come conseguenza sia del fatto che l'efficacia del processo di diagnosi e cura risulta fortemente condizionata dalla possibilità di adeguare la natura degli interventi e delle prestazioni allo stato patologico ed alle condizioni cliniche generali del paziente (es. presenza di altre patologie collaterali, reazione ai trattamenti impartiti, ecc.) (40), sia del fatto che si va progressivamente accentuando l'importanza attribuita dal paziente a quegli aspetti intangibili, e dal contenuto non medico, delle prestazioni ospedaliere, a cui sempre più è agganciata la valutazione circa il livello qualitativo del servizio ricevuto. Ci si riferisce, in particolare, a quegli aspetti delle prestazioni che attengono alla tempestività della loro erogazione, alla disponibilità del personale medico ed infermieristico, al *comfort* dei servizi alberghieri, ai tempi di attesa, ecc., a cui dovrà essere dedicata particolare attenzione in fase di progettazione del servizio, se si vuole che quest'ultimo risulti veramente efficace nel soddisfare i bisogni del paziente (41);

— alla personalizzazione delle prestazioni ospedaliere è inoltre associata la loro *difficile prevedibilità e programmabilità*: da quanto affermato, infatti, consegue che la sequenza delle attività cui sottoporre il paziente non può essere definita in anticipo, in quanto condizionata dalla risposta di quest'ultimo alle terapie praticate, all'eventuale insorgere di complicazioni e, in generale, alle sue reazioni psico-fisiche;

— *elevata integrazione*, conseguente all'approccio interfunzionale con cui deve essere affrontato il processo di diagnosi e cura, la cui attuazione richiede la collaborazione tra operatori dotati di competenze professionali differenti, di natura sia medico-specialistica, che amministrativa e dirigenziale (42), e la partecipazione

coordinata del personale operante nelle diverse aree organizzative dell'ospedale, ognuna delle quali è chiamata ad intervenire in una, o più, delle fasi del processo (43).

Quest'ultimo infatti si configura come un insieme di attività riguardanti:

a) l'assistenza infermieristica del paziente durante il suo periodo di degenza in ospedale;

b) l'attuazione di interventi terapeutici, effettuati da personale medico specializzato nel trattamento della patologia di cui è affetto il paziente;

c) l'effettuazione di esami diagnostici propedeutici rispetto all'intervento terapeutico (es. esami di laboratorio, radiologia, diagnostica per immagini, ecc.);

d) la produzione e l'erogazione di servizi alberghieri;

e) lo svolgimento di attività amministrative concernenti l'attività complessiva dell'ospedale.

Ne consegue che la progettazione, e la successiva realizzazione, di procedure diagnostico-terapeutiche più efficaci ed indirizzate verso un più razionale impiego delle risorse ed un maggiore soddisfacimento delle attese del paziente, richiedono un approccio di tipo interfunzionale, attento non solo all'appropriatezza ed alle modalità di svolgimento delle singole fasi, ma soprattutto focalizzato su quei momenti di interfaccia tra le varie fasi, che si configurano come nodi critici per l'efficacia dell'intero processo (44);

— *difficoltà di standardizzazione dei processi di diagnosi e cura*: oltre che costituire la diretta conseguenza della personalizzazione delle prestazioni, quest'ultimo aspetto si richiama al problema dell'autonomia professionale della classe medica, la quale si pone in netto contrasto con l'imposizione di procedure attuative predefinite, anche quando queste ultime siano

considerate ottimali in quanto teoricamente giudicate idonee al raggiungimento del duplice obiettivo di garantire l'efficacia del servizio e di minimizzare l'impiego di risorse.

A questo riguardo occorre peraltro considerare le conseguenze indotte dall'accentuazione della responsabilità civile dei medici, la quale aumenta la ritrosia di questi ultimi ad accettare limitazioni della propria libertà d'azione e ad adeguarsi all'attuazione di pratiche predisposte al fine di realizzare un più contenuto dispendio di risorse. Esortazioni in questo senso, infatti, vengono generalmente male accolte dalla classe medica, la quale tende a darne un'interpretazione unilaterale, identificandole con l'invito ad adeguarsi all'impiego di risorse più economiche, alla riduzione di servizi essenziali o all'attuazione di procedure meno efficaci, alle quali viene implicitamente riconosciuto un grado di rischio più elevato (45).

Se queste sono le caratteristiche dell'attività ospedaliera, è evidente che l'obiettivo di rispettare il *target cost* definito dalla tariffa, massimizzando l'efficacia delle singole prestazioni, contrariamente a quanto avverrebbe nell'attività industriale, non può essere realizzato attraverso la definizione di percorsi *standard*, cui il medico debba acriticamente uniformarsi: una scelta di questo tipo risulterebbe infatti in netto contrasto sia con la professionalità deontologica del medico, il quale deve essere sempre lasciato libero di scegliere responsabilmente l'*iter* diagnostico-terapeutico giudicato più idoneo in rapporto allo stato di salute ed al quadro clinico complessivo del paziente, sia con la stessa natura dell'attività ospedaliera, la quale postula che i processi di assistenza e cura vengano sempre definiti in modo da risultare coerenti con le specificità dei problemi da affrontare.

Tuttavia se, da una parte, si riconosce la necessità di rispettare la libertà del medico di definire il contenuto e l'articolazione del processo clinico e di determinare la combinazione di risorse necessarie per la sua attuazione, è altresì legittima l'esigenza di introdurre dei meccanismi di controllo delle decisioni e dell'operato del medico.

Dovrebbe trattarsi, tuttavia, di un controllo da interpretarsi non nel senso di verifica *ex-post* della conformità delle procedure adottate rispetto a schemi prestabiliti, ma piuttosto inteso nell'accezione anglosassone, in cui «controllo» (46) è sinonimo di guida e di orientamento della gestione ospedaliera e dell'azione del medico.

Ne consegue che l'ottimizzazione delle *performance* ospedaliere in termini sia di efficienza che di efficacia, e quindi la massimizzazione del rapporto tra risorse utilizzate e risultati ottenuti, è un obiettivo il cui ottenimento non può conseguire dalla fedele e rigida replicazione di procedure pianificate. Tale risultato dovrebbe piuttosto costituire la naturale conseguenza di un processo di chiara individuazione di principi e di esplicita definizione di un metodo e di una logica di fondo, coerenti con gli orientamenti strategici dell'ospedale, i quali siano unanimemente condivisi e fatti propri da tutto il personale ospedaliero, per essere sistematicamente applicati nello svolgimento dei singoli processi.

Ciò significa introdurre un principio di *sistematicità* e di *uniformità* dei comportamenti, il quale non sia sinonimo di rigidità e di standardizzazione, ma che significhi piuttosto *condizione di valori*, *coerenza di principi* e *garanzia di conformità* dell'azione del medico ai valori ed alle logiche che pervadono l'intera organizzazione ospedaliera.

In presenza di queste condizioni, il medico dovrebbe essere lasciato libero di adottare le soluzioni giudicate

più opportune per l'attuazione dei processi di cura e diagnosi, dal momento che costui sarà personalmente in grado di valutarli, oltre che sotto il profilo strettamente medico (efficacia rispetto al ripristino dello stato di salute ed al benessere del paziente), anche dal punto di vista economico (ammontare di risorse impiegate) ed organizzativo-gestionale (compatibilità rispetto alla struttura ed all'organizzazione complessiva dell'attività ospedaliera).

Quanto affermato, peraltro, non necessariamente si pone in contrasto con la possibilità di identificare delle *procedure ideali*, definite nel rispetto delle conoscenze consolidate nel campo della scienza e della prassi medica ed elaborate in modo da rispettare i vincoli tariffari (47), le quali potrebbero essere impiegate come *linee guida* e come termini di confronto per orientare e sostenere il processo di scelta da parte del medico, a cui comunque deve essere sempre lasciata la responsabilità di scegliere l'*iter* di cura e assistenza cui sottoporre il paziente.

Ciò significa che, a fronte di una determinata patologia, il processo terapeutico effettivamente realizzato dovrà comunque essere personalizzato in risposta alla natura dei problemi da affrontare e, di conseguenza, esso comporterà il sostenimento di un costo che avrà un'elevata probabilità di risultare differente da quello corrispondente alla predetta procedura ideale.

Occorre tuttavia distinguere l'ipotesi in cui tale scostamento sia imputabile a cause ineliminabili, in quanto fisiologicamente connesse alla particolare natura dell'attività ospedaliera ed alle inevitabili differenze esistenti anche tra casi appartenenti allo stesso raggruppamento diagnostico (48), rispetto a quegli scostamenti, di natura patologica, che dovrebbero invece essere eliminati, in quanto imputabili alla presenza di situazioni di inefficien-

za ed all'adozione di procedure cliniche palesemente inefficaci e scientificamente superate, alla inadeguatezza della strumentazione e delle risorse impiegate, alle scarse competenze ed all'inadeguato livello di preparazione del personale oppure a problemi organizzativi quali la presenza di eccessivi tempi di attesa o la ripetizione di alcune fasi del processo diagnostico-terapeutico per la mancanza di integrazione tra diversi operatori sanitari.

Da ciò discende che l'obiettivo verso il quale tendere attraverso l'applicazione della logica *target costing* dovrebbe essere quello di ridurre questo secondo tipo di variabilità (*patologica*), per ricondurre l'ammontare dei costi sostenuti ad un livello compatibile con l'obiettivo prefissato sulla base della tariffa DRG, senza che ciò significhi perdita di autonomia professionale dei medici o perdita di efficacia delle prestazioni svolte.

4. La comunicazione interna per la gestione della complessità ospedaliera

Quanto affermato implicitamente ribadisce l'importanza della *comunicazione* e della *formazione culturale* come indispensabili strumenti di sensibilizzazione del medico verso le istanze economiche e manageriali dell'organizzazione ospedaliera.

Se, infatti, si vuole rispettare la professionalità e la discrezionalità dell'attività medica e se, nel contempo, si vuole che quest'ultima venga svolta in modo coerente con gli orientamenti strategici dell'ospedale e con i vincoli economico-finanziari imposti dalla legge, è necessario che il management si impegni per l'affermazione di una cultura organizzativa, che sia pervasiva e prevalente rispetto alle logiche ed alle convenienze particolari dei singoli operatori.

In questo senso l'importanza della comunicazione emerge dalla necessità di riconoscere che l'ospedale è una organizzazione complessa, in cui convivono gruppi di soggetti portatori di valori e di culture differenti ed in parte contrastanti.

Se, prima del processo di riforma, le due «anime» dell'organizzazione ospedaliera, quella economico-amministrativa e quella medico-professionale, sono riuscite a convivere senza eccessivi attriti, anche grazie ad un sistema che non imponeva particolari processi di integrazione e che lasciava ad ognuna ampi gradi di autonomia, con l'avvio del processo di aziendalizzazione è diventato assolutamente necessario ricompattare ed omogeneizzare i valori e gli atteggiamenti delle diverse componenti dell'ospedale, affinché quest'ultimo acquisisca quella configurazione sistemica che caratterizza ogni entità aziendale.

In questo contesto la comunicazione viene a configurarsi come strumento di gestione della complessità, che nasce dal riconoscimento di questa diversità interna e che si colloca in posizione diametralmente opposta rispetto agli strumenti della standardizzazione, della pianificazione, della burocratizzazione e del controllo (49).

L'affermazione chiara ed esplicita di principi e valori, e la loro assimilazione da parte del personale ospedaliero, infatti, consentono di sostituire la logica del «comando e controllo» con la logica del *commitment*, la quale richiede, da parte del *management*, la capacità di creare tutte quelle condizioni interne all'ospedale che consentano al personale di autoregolarsi e di autovalutare il proprio operato, in modo da mantenerne la coerenza rispetto agli obiettivi dell'organizzazione.

In questa prospettiva appare pertanto superflua e controproducente la definizione di rigide e puntuali regole di comportamento, le quali costringereb-

bero il medico al rispetto di comportamenti precodificati e quindi ad un'innaccettabile perdita di autonomia.

Ai meccanismi di controllo basati sulla formalizzazione e sulla regolamentazione puntuale può pertanto essere sostituita l'affermazione di chiari principi di fondo, i quali dovrebbero agire nel senso di favorire lo sviluppo delle individualità e della libertà d'azione, ma in modo da indirizzare i comportamenti verso i fini dell'organizzazione (50).

Ciò attribuisce alla comunicazione un fondamentale ruolo strategico, in quanto essa non soltanto assolve ad una funzione informativa e divulgativa, ma diventa l'elemento aggregante di un'organizzazione in cui gli stimoli individuali e le professionalità dei soggetti che vi operano non possono essere soffocati, ma devono piuttosto essere stimolati e valorizzati.

Il fine della comunicazione all'interno dell'ospedale dovrebbe pertanto essere quello di amalgamare le visioni ed i comportamenti di soggetti portatori di culture e di competenze differenti, in modo da creare quelle condizioni di generale coinvolgimento e di motivazione da cui dipende la capacità dell'organizzazione di raggiungere i suoi fini e di concretizzare quel processo di cambiamento previsto dalla legge.

(1) È peraltro evidente che la competitività del sistema risulta fortemente condizionata dal carattere territoriale delle aziende sanitarie, ciò che, tuttavia, in presenza di palesi dislivelli qualitativi tra le diverse strutture, potrebbe non essere sufficiente a disincentivare il privato cittadino dal rivolgersi ad altri ospedali che risultino più attraenti per la presenza di professionisti più rinomati o per godere di un'immagine di alta qualità. La variabile qualitativa potrà ancor più configurarsi come parametro decisivo di scelta nell'ambito dei grandi centri urbani, in cui il fattore distanza tenderà invece ad assumere minore rilevanza.

(2) Per una più estesa trattazione del tema si veda Rebba V. (1996).

(3) Riguardo agli effetti del sistema di finanziamento a tariffa sul comportamento degli ospedali privati si osserva: «... nessuno cerchi di dire che l'aumento dei volumi non avverrà o avverrà solo per rispondere a bisogni effettivi (e non indotti) perché il privato si autoregolerà ed è guidato da criteri di professionalità: si ricordi quanto affermato da A. Smith secondo cui: "non dalla moralità del fornaio dovete attendervi il pane, ma dalla sua convenienza" ...» («Il modello di finanziamento nella transizione verso le aziende sanitarie», Editoriale, *Mecosan*, n. 13, 1995, p. 3).

(4) Indagini empiriche svolte recentemente presso gli istituti di ricovero laziali hanno dimostrato che, successivamente all'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione, si sono verificati sensibili cambiamenti relativamente a: 1) aumento del numero dei ricoveri ordinari; 2) riduzione delle degenze medie; 3) aumento del numero dei ricoveri ripetuti; 4) aumento dell'incidenza percentuale dei ricoveri di breve durata e diminuzione percentuale dei ricoveri di lunga durata.

Si vedano Baroncini P., Materia E., Papini P., Solipaca A. (1997).

(5) Come rilevano Borgonovi E., Zangrandi A. (1988), pp. 6-8, l'ospedale può essere studiato negli aspetti: 1) tecnico-specialistici, riferiti ai processi sanitari in senso stretto, che interessano lo stato di salute; 2) etico-morali, riferiti ai «valori» che ispirano lo svolgimento dell'attività sanitaria; 3) sociologici, concernenti i rapporti sociali che afferiscono allo svolgimento dell'attività sanitaria; 4) giuridici, riguardanti i diritti dei cittadini in tema di salute e di assistenza sanitaria; 5) economico-aziendali, riferiti ai processi di acquisizione delle risorse e di loro impiego in combinazioni tecniche ed economiche finalizzate all'ottenimento di servizi di assistenza sanitaria. Riguardo alla rilevanza dell'aspetto aziendale osservano gli Autori: «Evidentemente l'approccio aziendale tiene conto degli aspetti tecnico-sanitari (le risorse si acquisiscono e si combinano solo se esiste una metodica di diagnosi e cura valida), così come di quelli etico-morali, sociologici e giuridici (in quanto essi determinano particolari condizioni di svolgimento delle operazioni di acquisto e combinazione delle risorse e di cessione dei risultati).

L'analisi aziendale utilizza le conoscenze elaborate nell'ambito di altre discipline per dare indicazioni su come migliorare lo svolgimento dei processi che costituiscono il proprio "oggetto di analisi".

(6) In proposito Borgonovi E. (1997), p. 2, si esprime in termini critici riguardo al fatto

che, in Italia «molti continuano a pensare, o comunque a decidere, come se bastasse approvare alcune leggi per aver determinato o addirittura realizzato il cambiamento: si determina così un modello per cui chi intende modificare le politiche o le linee di governo di un sistema di pubblici servizi (come è la sanità) si impegna soprattutto (e purtroppo spesso si limita) nel cambiamento delle leggi».

(7) Recita l'art. 8, comma 1, D.L.vo 502/92: «Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

.....

c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinare gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

.....

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed, eventualmente, delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale».

(8) Dispone l'art. 3, comma 6, D.L.vo 502/92: «Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la Regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del Direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della sanità».

(9) Si veda l'art. 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502.

(10) Recita l'art. 4, comma 8, del D.L.vo 502/92: «Le aziende ospedaliere (...) devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizza-

to per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'Università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale».

Tale disposizione viene ripresa dall'art. 4, comma 2, D.L.vo 229/99, con cui, dopo l'art. 4, comma 1, del D.L.vo 502/92, viene inserito, tra gli altri, il seguente comma *l-quater*: «Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la Regione procede ... a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, ... la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la Regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei rapporti attivi e passivi».

(11) Tali problemi risultano peraltro ulteriormente aggravati dal fatto che l'art. 8, comma 4, e l'art. 10 del D.L.vo 502/92 attribuiscono alle singole Regioni il compito di provvedere al controllo ed all'attuazione di verifiche ispettive sulla qualità delle prestazioni, ciò che crea il rischio di generare forti disparità nei livelli dell'assistenza sanitaria erogata nelle diverse aree regionali. A ciò si aggiunga che tali controlli vengono prevalentemente svolti sulla base dei flussi informativi rilasciati dalle stesse aziende sanitarie od ospedaliere soggette al controllo, con la conseguenza di accentuare ulteriormente la difficoltà di pervenire ad una valutazione omogenea della qualità e ad assicurare il rispetto di determinati *standard* qualitativi.

(12) A commento della legge delega n. 419/98 afferma Balduzzi R. (1999), che «appaire in ombra la centralità dell'esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa, normalmente valutata dai commentatori come il cuore dei decreti di riordino» (p. 162). Rileva inoltre l'Autore come nell'impianto della stessa legge si colga «la tensione problematica tra le esigenze legate a manovre finanziarie e al riequilibrio dei conti pubblici rispetto a quelle derivanti dalla tutela del diritto alla salute, che la legge n.421 risolveva mediante la citata formula "in coerenza"» (p. 163).

(13) I dati relativi al 1997 ed al 1998 mostrano un incremento del 3,78% della spesa sanitaria, la quale è passata da L. 108.387 miliardi a L. 112.479 miliardi.

Il disavanzo della spesa sanitaria, per contro, è sceso, nello stesso periodo, da L. 9.567 miliardi a L. 8.818 miliardi, con una flessione pari al 7,8%. Tale risultato, tuttavia, si ottiene grazie a finanziamenti che sono incrementati del 4,9%, passando da L. 98.820 miliardi del 1997 a L. 103.664 miliardi del 1998. (Fonte: Stime del Sole 24 Ore Sanità su «Relazione generale sulla situazione economica del Paese» 1997 e 1998, pubblicato su Il Sole - 24 Ore, 19 aprile 1999).

(14) «Nella burocrazia professionale il cambiamento non scaturisce dall'annuncio di importanti riforme effettuato da un nuovo *manager* né da un intervento delle tecnostitute dell'autorità politica volto ad assoggettare al proprio controllo i professionisti, ma piuttosto si manifesta gradualmente attraverso il lento processo di cambiamento dei professionisti stessi, modificando coloro che entrano nella professione, ciò che apprendono durante il periodo di formazione (norme come pure capacità e conoscenze) e successivamente la loro disponibilità e volontà di aggiornare le proprie capacità» (Mintzberg H. (1985), p. 321).

(15) Coda V. (1988).

(16) Porter M.E. (1987).

(17) Come afferma Invernizzi E. (1991), p. 97, la comunicazione «supporta solitamente la direzione personale e organizzazione nella sua attività di gestione del personale e di coinvolgimento dei collaboratori con le politiche e con gli obiettivi aziendali. Tale attività si diffonde con l'affermarsi della consapevolezza del ruolo cruciale che la cooperazione e il coinvolgimento diretto di tutto il personale, anche di quello di livello inferiore, rivestono per il successo dell'impresa».

(18) Riguardo alla comunicazione economica afferma Coda V. (1991), p. 47: «È così che la comunicazione economica ci appare vitalmente inserita nel processo di governo dell'impresa e funziona come un meccanismo di gestione del consenso intorno ad un indirizzo strategico che man mano si precisa e si realizza traducendosi in scelte e comportamenti coerenti del management e degli interlocutori sociali; un meccanismo che, agendo sulla sfera cognitiva — ma anche con sollecitazioni talora assai forti alla sfera delle emozioni — genera una tensione positiva che fa maturare o mantiene vivo un bisogno di cambiamento nella direzione indicata dall'indirizzo prescelto e condiviso».

(19) Sull'importanza della cultura per il successo dell'impresa si vedano Ouchi W.G. (1980); Ouchi W.G. (1981); Barney J.B. (1986).

Per una rassegna dei numerosi contributi su questo tema si vedano Besanko D., Dranove D., Shanley M. (2000), pp. 596-602.

(20) In proposito osserva Invernizzi E. (1993) che «l'attività di comunicazione interna viene spesso inserita nel settore del personale e viene spesso utilizzata come uno strumento di gestione delle risorse umane». È inoltre individuabile una tendenza che «vede la crescita dell'importanza relativa della comunicazione interna e del suo impiego come leva strategica per la gestione dell'impresa. In particolare, in quelle imprese che attribuiscono un'importanza prioritaria all'integrazione e al coinvolgimento dei dipendenti per rendere più efficaci ed efficienti i processi produttivi e gestionali e per migliorare la qualità dei prodotti e dei servizi, la comunicazione interna assume un'importanza addirittura superiore a quella tradizionalmente attribuita a quella esterna e viene collocata a un livello organizzativo elevato».

(21) Riguardo alla funzione della Direzione sanitaria si vedano Boronovi E., Zangrandi A. (1988), pp. 185 ss.

(22) L'enfasi posta sui valori e sul comportamento del personale medico non intende sottovalutare l'importanza, ai fini dell'efficace ed efficiente gestione ospedaliera, assunta da tutto il personale di ruolo sanitario non medico e tecnico. Soprattutto in questa fase di intenso cambiamento, è infatti indispensabile per la Direzione ospedaliera assicurarsi la collaborazione di tutto il personale, al quale è assegnato un importante ruolo di veicolo di cambiamento. Ciò significa che anche la comunicazione dovrà essere effettuata in modo da raggiungere non soltanto il personale medico, ma in generale tutto il personale ospedaliero, infermieristico e tecnico, il quale svolge un ruolo non meno importante nell'erogazione dei servizi e nel garantire il soddisfacimento dei pazienti. Ciononostante, non può non essere riconosciuta la particolare criticità dei medici, i quali, oltre che essere detentori delle competenze e delle conoscenze che definiscono il profilo professionale della gestione ospedaliera, possono anche assumere importanti ruoli dirigenziali, configurandosi come importanti componenti della struttura organizzativa dell'ospedale. Per questo motivo, le considerazioni che seguono vengono sviluppate con specifico riferimento al personale medico, al quale si riconosce un ruolo di primo piano rispetto alla capacità dell'ospedale di realizzare il proprio «progetto strategico».

(23) «La persuasione poggia sulla trasparenza dell'informativa, sulla chiarezza e sull'efficacia della comunicazione, sul metodo del dialogo approfondito e costruttivo, sulla convinzione che esiste un interesse aziendale

sovraordinato condivisibile da tutti e sulla volontà di ricercarlo e promuoverlo» (Coda V. (1991), p. 52).

(24) In proposito Butera F. (1990), p. 6, rileva l'emergere di un atteggiamento nuovo nei confronti della comunicazione interna, che riguarda soprattutto le finalità perseguite con i processi comunicazionali. Afferma infatti l'Autore che «è lo scopo della comunicazione interna che sembra cambiare: dialogare, creare un patto fra management e dipendenti più che indottrinare o persuadere, creare modi di operare per il cambiamento o il miglioramento dell'organizzazione. Le imprese non richiederebbero ai dipendenti di credere e di fidarsi del *management* ma di operare per scopi dichiarati e misurabili».

(25) Come afferma Anselmi L. (1995), p. 49, «dall'epoca della superiorità della funzione produttiva (il grande chirurgo) si passa a quella della gestione aziendale sistematica integrata (accanto alla produzione sanitaria, anche il pieno apprezzamento di tutte le altre funzioni) per determinare efficacia, efficienza, qualità del servizio».

(26) Sul tema si vedano Gronroos C. (1992).

(27) «La cultura e le idee dominanti sono sempre importanti strumenti di *management*, in particolare nelle organizzazioni di servizio ... Nei servizi l'interazione tra azienda e cliente ha la natura di un processo sociale. Per questo molte organizzazioni di servizi presentano caratteristiche peculiari dovute all'alta "personality intensity" e all'intangibilità del servizio stesso. Ma tutto questo rafforza la grande esigenza di norme e regole effettivamente interiorizzate dagli individui, capaci di guidare il comportamento operativo di ogni giorno. Soltanto in questo modo è possibile garantire un comportamento e una prestazione di servizi quotidiani che siano precisi, coerenti e vantaggiosi per la gestione» (Normann R. (1992), p. 214).

(28) «Come può il *management* "comunicare con chi comunica" è il principale rompicapo del management dei servizi» (Butera F. (1990), p. 9).

(29) Si veda in proposito lo schema concettuale dell'impresa di Ansoff in cui la "gestione del sociale" viene rappresentata come una delle componenti del processo manageriale (Ansoff H.I. (1975)).

(30) «La qualità del servizio è infatti fortemente condizionata dall'interazione tra utente e fornitore del servizio stesso ed è determinata da una serie di fattori inerenti a tale rapporto quali gli atteggiamenti, la motivazione, la comunicazione, oltre che da fattori di tipo organizzativo, strutturale e logistico.

Nel sistema sanitario pubblico, in particolare, la natura stessa e la finalità del servizio complessivo esaltano l'importanza e la centralità delle risorse umane non solo come fattore fondamentale del processo di produzione-erogazione del servizio, ma anche come attori principali nel rapporto tra istituzione pubblica e utenza, a cui è in gran parte affidata l'immagine stessa e la credibilità del servizio pubblico» (Contini F., Perucci M.B., Sacchi A. (1991), p. 100).

(31) Gronroos C. (1994), pp. 38 e 39. Su questo aspetto si vedano anche Gabbot M., Hogg G. (1996).

(32) Al riguardo una recente indagine condotta su un campione di 1800 medici iscritti agli ordini professionali di diverse province italiane (Savona, Siena, Roma, Frosinone, Napoli, Reggio Calabria, Cosenza, Catanzaro) ha fornito interessanti indicazioni circa lo scarso livello di conoscenza posseduto dai medici in tema di gestione manageriale dei servizi sanitari e circa il fabbisogno formativo avvertito da questi ultimi per compensare le loro lacune di conoscenza in materia. In particolare, dall'analisi svolta è emersa una diffusa e riconosciuta inadeguatezza del livello di conoscenza posseduto riguardo ai vari aspetti del management sanitario, anche se «queste discipline sono ritenute importanti per lo svolgimento della professione e per gli sviluppi di carriera della maggior parte dei professionisti che hanno risposto al questionario».

I medici intervistati, peraltro, hanno manifestato «una fortissima ansia di comprendere e metabolizzare i numerosi cambiamenti organizzativi e funzionali introdotti in tempi relativamente rapidi dall'evoluzione del quadro legislativo» e tutti sono stati concordi nel denunciare «una esigenza di maggiore chiarezza nei meccanismi di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari del nostro Paese e di una maggiore partecipazione di medici, adeguatamente formati ed esperti, alla gestione del sistema». (Ricciardi G., Angelillo I.F., Nante N., Gasparini R., De Giusti M., De Vito E., Pavia M., Renzini V., Villari P. (1996), p. 43).

(33) Un primo passo in questa direzione è stato compiuto dall'art. 5 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, in cui si stabilisce, quale requisito per l'accesso alla Direzione sanitaria aziendale ed al secondo livello dirigenziale, il possesso, da parte dei medici, di un attestato di formazione manageriale. Come stabilisce l'art. 7 dello stesso D.P.R. 484/97, tale attestato si consegue con la frequenza ed il superamento di un corso di formazione manageriale, in cui vengono trattati temi concernenti l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, i criteri

di finanziamento, i bilanci, la gestione delle risorse umane e l'organizzazione del lavoro, il controllo della qualità e la valutazione delle prestazioni.

(34) Affermano in proposito Bastia P., Farina E. (1995), p. 107: «... gli scopi conoscitivi che orientano le metodologie di controllo di gestione devono rispondere sia a giudizi di convenienza economica che a giudizi morali. Il superamento dei limiti delle analisi dei costi attraverso nuove metodologie di controllo di gestione contribuisce a riaffermare la validità del principio di ragioneria dell'analisi dei costi: ma questo è soltanto un risultato parziale. Ricondurre il valore strumentale di metodologie di controllo di gestione sia a giudizi di convenienza economica che a giudizi morali porta a migliorare i profili critici dell'azienda, riducendo i profili di economie interne negative e rafforzando i profili di economie interne positive. Viene così a realizzarsi una verifica di validità nella dimensione etica del principio dell'analisi dei costi e, quindi, delle condizioni di tendenziale equilibrio aziendale».

(35) Sulle funzioni e sulla configurazione del sistema informativo aziendale si vedano: Amaduzzi A. (1973); Bruni G. (1990); Pisoni P. (1979); Marchi L. (1993); De Vecchi C., Grandori A. (1983); Rugiadini A. (1970).

(36) «L'attività di gestione delle cause dei costi (*cost management*) implica che si decida e si agisca in modo da aumentare l'efficienza di una organizzazione (...). È richiesta, infatti, la conoscenza dei fattori che influenzano o determinano i costi nonché della rilevanza e della portata dei loro effetti. Ogni responsabile deve conoscere in che modo le proprie decisioni possono mutare l'entità dei costi aziendali e di prodotto-servizio e porre attenzione a quelle situazioni nelle quali perseguire efficaci riduzioni nei costi. Da ciò discende la necessità di progettare e mantenere un flusso regolare di informazioni rilevanti e pertinenti da comunicare per competenza ai differenti responsabili di unità organizzativa. Queste informazioni dovrebbero legare i costi ai fattori che li causano e alle finalità alle quali rispondono. Ciò significa che il *management* deve conoscere secondo quali modalità e per quali finalità sono stati generati quei costi» (Tanaka M., Yoshikawa T., Innes J., Mitchell F. (1994), pp. 22 e 23).

Al riguardo Bergamin Barbato H. (1997), p. 15, rileva come il passaggio «dalla contabilizzazione dei costi al governo dei medesimi (...) significa spostare l'ottica di osservazione, dai "luoghi" di addensamento dei costi ai processi di loro formazione, analizzando così i contenuti decisionali affidati al *management* il quale

attraverso la "misurazione", deve trovare adeguato orientamento».

(37) Ci si riferisce all'attuazione di interventi di riprogettazione dei processi, attuati con un approccio di *Business Process Reengineering* (BPR). Sul tema si veda: Lega F. (1998). Sulle modalità da adottare per l'attuazione di interventi di riprogettazione dei processi si vedano: Carr D.K., Johansson H.J. (1995); Davenport T.H. (1995); Hammer M. (1990); Hammer M., Champy J. (1994).

(38) In proposito affermano Kato Y., Boër G., Chow C.W. (1995), p. 41: «Japanese managers make herculean efforts to hit the budget amount, regardless of how difficult the task may be. Target cost or target profit in a Japanese company, therefore, is no mere goal in the Western sense; it is a strong commitment by managers to do everything in their power to make the organization reach its cost or profit targets».

(39) Si ritiene che la prima azienda ad applicare il *target costing* sia stata la casa automobilistica giapponese Toyota alla metà della prima metà degli anni '60. In proposito si vedano: Monden Y., Sakurai M. (1990); Tanaka T. (1993).

In Tanaka M., Yoshikawa T., Innes J., Mitchell F. (1994), p. 47, viene invece descritta l'origine del progetto *target costing* presso il Ministero della difesa statunitense: «All'origine del *target cost management* vi era l'approccio denominato "design to cost", ovvero la progettazione con orientamento al contenimento dei costi adottata dal Ministero della difesa statunitense (1975). Tale approccio fu sviluppato per ridurre l'alea connessa all'entità dei costi e per migliorare il controllo dei costi stessi nell'ambito di un'impresa nota per gli sprechi. L'idea base di questo approccio è la possibilità di stabilire un obiettivo di costo per le fasi di pianificazione, di progettazione e di acquisto di un nuovo prodotto e di impiegare questo costo obiettivo per poi controllare i costi in fase di realizzazione del nuovo prodotto».

Nella progettazione orientata al contenimento dei costi, il costo obiettivo è stabilito ad un livello tale per cui il suo raggiungimento richiede notevoli sforzi da parte dei progettisti».

(40) «Per personalizzazione delle prestazioni si intende la possibilità da parte dell'utente di attendersi il miglior intervento sia rispetto al profilo clinico sia rispetto al profilo, più generale, di ordine assistenziale».

Tale caratteristica che sta alla base della autonomia clinica è rivolta ad assicurare a ciascun paziente le prestazioni più adeguate e coerenti con le specificità dei bisogni; le prestazioni devono cioè essere coerenti con le caratteristiche, di ordine sanitario, sociale, psico-

logico dell'utente che richiede un intervento di ordine socio-sanitario».

La personalizzazione delle prestazioni deriva innanzitutto dall'esigenza di non definire a priori il campo dell'intervento socio-sanitario ma di garantire che ciascuna prestazione erogata sia direttamente collegata allo specifico bisogno dell'utente» (Zangrandi A., «Le caratteristiche dell'azienda ospedale», in Borgonovi E., Zangrandi A. (1988), pp. 86 e 87).

(41) Sul tema si veda Donabedian A. (1990).

(42) Ramponi C. (1992).

(43) Si pensi, ad esempio, alla necessità di coordinamento esistente tra il pronto soccorso ed i singoli reparti, tra la chirurgia e l'anestesiologia, oppure tra i reparti ed i centri diagnostici (radiografia, laboratorio analisi, ecc.): disfunzioni esistenti nella gestione di questi rapporti intraospedalieri rischiano, infatti, di provocare ingiustificati consumi di risorse (ad esempio per la necessità di ripetere esami diagnostici non eseguiti in modo corretto) o di creare disservizi nei confronti del paziente, ad esempio costringendolo a lunghi tempi di attesa o a ripetere terapie eseguite in modo imperfetto.

(44) Affermano in proposito Ruta C., Toscano G. (1992), p. 65: «... la qualità del macroprocesso clinico-assistenziale tende a dipendere soprattutto dalle problematiche legate alla transfunzionalità produttiva e cioè alla qualità dell'integrazione, della fluidità e flessibilità del processo che attraversa le diverse strutture organizzative funzionali specialistiche e amministrativo-direzionali. È qui che, tra un'attività e l'altra, si creano delle interfacce in cui avvengono numerose transazioni che possono provocare attriti spesso incontrollabili».

(45) Afferma Walker K.B. (1996), p. 80: «... efforts to lower medical care costs through improved productivity and reduced service utilization rates raise fears that lower-quality care will result. In addition, any efforts to affect medical practice patterns are likely to meet resistance from health care professionals unless managers direct their attention to both quality and cost issues. To gain wide acceptance, actions to change health care practices to contain costs must therefore seek to improve the quality of medical service and also patient satisfaction».

(46) Coda V. (1970), p. 156 e 157.

(47) Si osserva, peraltro, in Ramponi C. (1992), p. 31, che ciò rispecchia la stessa logica con cui sono stati definiti i DRG: il valore tariffario riconosciuto a ciascun raggruppamento diagnostico, infatti, deriva dall'elaborazione statistica dei dati, relativi all'ammontare di risorse assorbite da un campione di ospedali

per il trattamento di un determinato caso. Tali dati vengono quindi utilizzati per l'elaborazione di un comportamento tipo «che esprime il "consolidato" delle conoscenze medico-scientifiche e della esperienza clinica di molti medici, ognuno dei quali ha potuto esprimere la propria autonoma scelta».

(48) Si osserva, in proposito, come lo stesso sistema DRG sia caratterizzato da una elevata variabilità intra-gruppo, appunto derivante dalla specificità di ciascun caso, in termini di livello di complessità della patologia, di reazione del paziente, di risorse assorbite, di tempi di trattamento, di prestazioni da erogare, ecc.

(49) Come rileva Mintzberg H. (1985), nelle organizzazioni professionali, l'unica forma di standardizzazione utilizzabile come strumento di coordinamento è la standardizzazione delle capacità. Data la complessità dell'attività e data l'indeterminatezza degli output dell'organizzazione, infatti, «le forme di standardizzazione diverse dalla standardizzazione della capacità, invece di consentire il controllo dell'attività professionale, spesso ostacolano e scoraggiano i professionisti: i processi complessi di lavoro, infatti, non possono essere formalizzati mediante regole e norme e gli output vaghi e indeterminati non possono essere standardizzati attraverso i sistemi di programmazione e di controllo se non con effetti fuorvianti. Programmando i comportamenti sbagliati e misurando gli output sbagliati, si obbligano i professionisti a giocare il gioco della burocrazia meccanica, e cioè a soddisfare gli standard invece di servire i clienti, riproponendo nuovamente l'inversione mezzi-fini».

(50) Sull'importanza della cultura quale forma di controllo e di coordinamento delle risorse umane affermano Besanko D., Dranove D., Shanley M. (2000), p. 598: «Culture controls the activities of employees on the basis of their attachment to the firm rather than on the basis of incentives and monitoring. Individuals who value belonging to the culture will align their individual goals and behaviors to those of the firm. If culture serves this function in a firm, then individual activities will be controlled more efficiently than they will be through formal control systems, since individuals will control themselves and monitoring costs will be reduced. If a firm's culture is strong, by which we mean it is intensely held by most employees, it may be more effective at controlling employees than a formal control system would be. The combination of motivated self-control, informal monitoring by coworkers, and the lack of specificity of organizational norms means that individuals are more likely to be

compliant than they would be if controlled by formal systems that allow for more opportunistic behaviors because all formal control systems are incomplete».

BIBLIOGRAFIA

- AMADUZZI A. (1973), «Il sistema informativo aziendale nei suoi caratteri fondamentali», *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 1.
- ANSELMI L. (1995), «Il modello aziendale nel nuovo servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 16.
- ANSOFF H.I. (1975), *The State of Practice in Management System*, Eiasm, Working Paper, n. 75, Brussels.
- BALDUZZI R. (1999), «La Legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme», *Sanità Pubblica*.
- BARNEY J.B. (1986), «Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage», *Academy of Management Review*, 11.
- BARONCINI P., MATERIA E., PAPINI P., SOLIPACCA A. (1997), «Gli effetti del nuovo sistema di finanziamento sulle modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera in alcuni ospedali del Lazio», *Mecosan*, 23.
- BASTIA P., FARINA E. (1995), *Il connubio qualità-efficienza nel controllo di gestione*, Giappichelli, Torino.
- BERGAMIN BARBATO M. (1997), «Sistema di controllo e cost management», in Farneti G., Silvi R. (a cura di), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende. Principi, metodi e strumenti*, Giappichelli, Torino.
- BESANKO D., DRANOVE D., SHANLEY M. (2000), *Economics of Strategy*, John Wiley & Sons, New York.
- BORGOLOVI E. (1997), «Valutare i processi di cambiamento», *Mecosan*, 23.
- BORGOLOVI E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Giuffrè, Milano.
- BRUNI G. (1990), *Contabilità per l'Alta Direzione*, Etas, Milano.
- BUTERA F. (1990), «Le comunicazioni interne come fattore strutturante nelle organizzazioni di servizi», *Studi Organizzativi*, 4.
- CARR D.K., JOHANSSON H.J. (1995), *Best Practices in Reengineering. What Works and What Doesn't in the Reengineering Process*, McGraw-Hill, New York.
- CODA V. (1970), *I costi standard*, Giuffrè, Milano.
- CODA V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Utet, Torino.
- CODA V. (1991), *Comunicazione e immagine nella strategia dell'impresa*, Giappichelli, Torino.
- CONTINI F., PERUCCI M.B., SACCHI A. (1991), «Cultura organizzativa e processo di cambiamento nelle unità sanitarie locali: presentazione di un'esperienza formativa», *Studi Organizzativi*, n. 1.
- DAVENPORT T.H. (1995), *Innovazione dei processi*, Angeli, Milano.
- DE VECCHI C., GRANDORI A. (1983), *I processi decisionali d'impresa. La scelta dei sistemi informativi*, Giuffrè, Milano.
- DONABEDIAN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, NIS, Roma.
- GABBOT M., HOGG G. (1996), «The glory of stories: using critical incidents to understand service evolution in the primary healthcare context», *Journal of Marketing Management*, 6.
- GRONROOS C. (1994), *Management e marketing dei servizi*, Isedi, Torino.
- HAMMER M. (1990), «Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate», *Harvard Business Review*, July-August.
- HAMMER M., CHAMPY J. (1994), *Ripensare l'azienda*, Sperling&Kupfer, Milano.
- INVERNIZZI E. (1991), «Nuovi obiettivi e funzioni strategiche delle comunicazioni d'impresa», *L'impresa*, 1.
- INVERNIZZI E. (1993), «Dalla comunicazione interna alla comunicazione organizzativa», *L'impresa*, 1.
- KATO Y., BOËR G., CHOW C.W. (1995), «Target Costing: An Integrative Management Process», *Journal of Cost Management*, Spring.
- LEGA F. (1998), «Il Process Re-engineering nelle aziende di servizi sanitari», *Organizzazione Sanitaria*, 4.
- MARCHI L. (1993), *I sistemi informativi aziendali*, Giuffrè, Milano.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- MONDEN Y., SAKURAI M. (1990), *Japanese Management Accounting: A World Class Approach to Profit Management*, Productivity Press, Cambridge.
- NORMANN R. (1992), *La gestione strategica dei servizi*, Etaslibri, Milano.
- OUCHI W.G. (1980), «Markets, Bureaucracies, and Clans», *Administrative Science Quarterly*.
- OUCHI W.G. (1981), *Theory Z*, Reading, M.A., Addison-Wesley.
- PISONI P. (1979), *Il sistema informativo dell'impresa. Uno schema di studio*, Giuffrè, Milano.
- PORTER M.E. (1987), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni Comunità, Milano.
- RAMPONI C. (1992), «Migliorare la sanità nel rispetto dell'autonomia professionale», *Economia & Management*, 6.
- REBBA V. (1996), «Tariffe ROD e regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere», *Mecosan*, 19.
- RICCIARDI G., ANGELILLO I.F., NANTE N., GASPARI R., DE GIUSTI M., DE VITO E., PAVIA M., RENZINI V., VILLARI P. (1996), «Management in sanità: conoscenze, atteggiamenti e bisogni formativi dei medici italiani», *Mecosan*, 18.
- RUGIADINI A. (1970), *I sistemi informativi d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- RUTA C., TOSCANO G. (1992), «Un nuovo sistema di gestione dei servizi sanitari: activity-based costing in sanità», *Economia & Management*, 1.
- TANAKA M., YOSHIKAWA T., INNES J., MITCHELL F. (1994), *Logiche e strumenti di cost management*, Guerini e Associati, Milano.
- WALKER K.B. (1996), «Efficiency and Effectiveness in Health Care Organizations», *Journal of Cost Management*, Spring.

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE: ANALISI DI ALCUNE SPERIMENTAZIONI

P. Adinolfi¹, M.V. Ciasullo²

¹ Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali - Università degli Studi di Salerno

² Dipartimento di Economia Aziendale, Università degli Studi di Napoli «Federico II»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Un modello di analisi delle iniziative di miglioramento della qualità - 3. Analisi quali-quantitativa delle sperimentazioni effettuate - 4. Considerazioni conclusive - 5. Allegato statistico.

The literature on quality in the health sector emphasizes the importance of adopting a global approach on the improvement of quality (Total Quality Management or Continuous Improvement). The objective of the present work is to analyse the initiatives of quality improvements presented by Local Health Units at the Conferences organized by the VRQ Society. A model which includes ten quality dimensions is elaborated, and analysis is conducted which allows to understand the state of art of quality initiatives in a part of the Italian health sector which is particularly sensitive to quality issues. The main conclusion is that a shift from a Quality Assurance (VRQ) approach to a Continuous Improvement has not been carried out yet.

1. Introduzione

Nell'ultimo decennio si è avviato un processo di profondo cambiamento del sistema nazionale di erogazione dei servizi sanitari, ponendosi un'attenzione sempre maggiore al problema della qualità dell'assistenza sanitaria.

Un importante ambito di innovazione contenuto nel decreto legislativo 502/92 è rappresentato dall'adozione «... in via ordinaria del metodo di verifica e revisione della quantità e qualità delle prestazioni e del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori pubblici e privati ed il SSN» (art. 10). Tale provvedimento qualifica il controllo della qualità, basato sul metodo della verifica e revisione della qualità, come momento centrale della gestione dei servizi sanitari, contrapponendosi

al modello tradizionale della mera conformità alle norme attuato mediante processi eterodiretti e ispirati a criteri sanzionatori (controllo ispettivo). Con esso l'Italia si è adeguata, almeno formalmente alle indicazioni dell'O.M.S. (Organizzazione mondiale della sanità) (1), che sin dagli anni ottanta aveva promosso il miglioramento della qualità nei servizi sanitari, in particolare attraverso l'approvazione di obiettivi valevoli per le singole nazioni nell'ambito del progetto «Salute per tutti nell'anno 2000».

Oltre a disciplinare la qualità dell'offerta di servizi sanitari, la norma prende in considerazione l'aspetto, strettamente connesso, della domanda degli utenti del SSN. Essa prevede infatti che il Ministro della sanità, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisca un sistema di indicatori di Qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie che privilegino le esigenze degli utenti (2), introducendo a tal fine i fattori qualitativi della personalizzazione ed umanizzazione dell'assisten-

za, del diritto all'informazione, della qualità delle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie (art. 14). La stessa disposizione richiede alle strutture pubbliche di istituire un ufficio deputato alle relazioni con il pubblico, di garantire il diritto al reclamo, con obbligo di risposta da parte dell'azienda, nonché la consultazione dei cittadini e delle loro associazioni di tutela per l'organizzazione dei servizi e per la verifica della qualità.

Quanto previsto dal decreto 502 viene ribadito in maniera inequivoca-

Il presente lavoro è stato finanziato con i fondi della ricerca ex Murst 40% anno 1998 dal titolo: «I profondi cambiamenti (attuali e prospettici) nei sistemi manageriali di Asl ed ospedali: evoluzione contabile, organizzativa e gestionale per la definizione di nuove strategie e politiche aziendali».

Il lavoro è frutto dell'impegno e della discussione congiunta degli autori. Tuttavia, la dott.ssa P. Adinolfi ha curato la redazione dei paragrafi 1 e 2, la dott.ssa M.V. Ciasullo ha curato la redazione dei paragrafi 3 e 4.

bile nel DPR n. 42/1997, che istituzionalizza il sistema di accreditamento delle strutture e dei singoli professionisti sanitari purché siano autorizzati ad operare, accettino le modalità di pagamento delle prestazioni (tariffe e DRG) ed introducano il sistema di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza sanitaria. Il fatto che si tratti di un sistema di accreditamento per standard minimi non toglie valore al principio che introduce ed istituzionalizza la valutazione del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

In mancanza di chiare evidenze programmatiche basate su documenti ufficiali circa la natura del metodo VRQ, un'opera di chiarificazione e di indirizzo nazionale è stata attuata dalla omonima società, fondata a Udine nel 1984: «[il metodo VRQ] si basa sul principio che per valutare la qualità dell'assistenza ed in particolare le sue carenze, è necessario disporre di criteri e standard che fungano da termini di confronto con i livelli di assistenza effettivamente erogati. Sulla base di questo confronto, dalle analisi [...] effettuate e dalle differenze riscontrate, si predispongono e si attivano gli interventi migliorativi a cui fa seguito una verifica finale per accertare se sono stati ottenuti i miglioramenti prefissati» (3).

È evidente il legame con i principi della *Quality Assurance* diffusasi in America nella seconda metà di questo secolo, secondo i quali la qualità va garantita attraverso una verifica sistematica della coerenza tra le prestazioni erogate e i protocolli definiti.

L'evoluzione più recente degli studi in tema di qualità delle prestazioni sanitarie evidenzia come l'approccio VRQ tenda a sottovalutare l'importanza di una integrazione tra tutte le componenti del processo sanitario, non solo di quelle cliniche. La necessità di un respiro più ampio e globale

ha portato al tentativo di introdurre in ambito sanitario i criteri base del *Total Quality Management* (TQM), sviluppatosi nelle aziende industriali e commerciali, ossia: «la soddisfazione del cliente come obiettivo finale; la possibilità per gli operatori di migliorare la qualità della propria prestazione attraverso un intervento sull'intero processo di produzione anziché sulla correzione di singoli errori; la possibilità di un continuo ed efficace ritorno di dati sulla valutazione delle prestazioni che consentano agli operatori di monitorare personalmente e responsabilmente la qualità della propria attività» (4).

Tali acquisizioni teoriche sono state recepite dai fautori del metodo VRQ, che sempre più spesso auspicano il superamento di tale metodo in favore del metodo del Miglioramento continuo della qualità (MCQ), una vera e propria filosofia che si rifà alle esperienze di *Total Quality Management*. Il metodo punta ad un miglioramento della qualità globale e continuo, piuttosto che statico, il quale ha luogo non solo in presenza di carenze, ma anche in presenza di qualità elevata, con un'attenzione ai processi che coinvolgono l'intera struttura e non soltanto ai singoli problemi, e con un'enfasi sugli aspetti gestionali-organizzativi oltre che su quelli clinici.

Un esame puntuale delle sperimentazioni presentate in occasione dei Convegni organizzati annualmente dalla società VRQ rende possibile valutare lo «stato dell'arte» attuale della verifica e revisione della qualità nel nostro sistema sanitario, e verificare se le sperimentazioni, concepite nell'ambito della logica VRQ, non contengano già elementi di superamento della stessa, caratteristici dell'approccio MCQ.

In tale prospettiva, si sono selezionati gli ultimi tre convegni della società VRQ per i quali sono disponibili gli atti, ossia: l'ottavo Congresso na-

zionale «La qualità nelle aziende sanitarie», tenutosi a Roma dal 14 al 17 giugno 1997, il settimo Congresso nazionale «Qualità, appropriatezza, sistemi di finanziamento nel servizio sanitario», tenutosi a Sorrento i giorni 19-22 ottobre 1996, il sesto Congresso nazionale «Qualità dell'assistenza sanitaria. Il ruolo dei professionisti, dei cittadini e l'influenza del mercato», tenutosi a Venezia il 24-28 maggio 1994. Nel complesso è possibile analizzare 750 schede illustrative di iniziative di VRQ.

Il campione di sperimentazioni selezionato non è in nessun modo rappresentativo della totalità degli interventi di miglioramento della qualità attuati dalle aziende sanitarie italiane, in quanto solo una parte di esse partecipa alle iniziative della società VRQ. Il campione è dunque limitato a quella parte di aziende sanitarie particolarmente sensibili verso le problematiche della qualità (e specificamente verso l'approccio VRQ alla qualità in sanità), e solo in tale ambito esso può essere considerato rappresentativo. Ciò può inficiare la possibilità di generalizzazione dell'indagine solo in caso di risultanze positive (ricepimento dei principi del MCQ). Diverso è il caso di risultati negativi: un mancato recepimento dell'approccio MCQ da parte delle aziende più sensibili alle problematiche qualitative, quali sono presumibilmente quelle che partecipano ai convegni VRQ, potrebbe essere ragionevolmente generalizzato al resto delle aziende sanitarie.

2. Un modello di analisi delle iniziative di miglioramento della qualità

Le sperimentazioni di VRQ presentate in occasione dei diversi Convegni sono molto diverse tra loro: ciascuna affronta la propria situazione specifica, risolve il proprio problema locale,

ottiene risultati circoscritti al proprio ambito. Esse possono tuttavia venire lette in maniera trasversale, identificando caratteristiche comuni; nel loro insieme presentano infatti alcune modalità comuni di sviluppo della qualità, aventi un valore che va al di là del significato circoscritto delle iniziative. Uno sforzo classificatorio di tali iniziative sulla base di caratteristiche comuni può essere utile in quanto consente un più razionale e sistematico utilizzo delle informazioni disponibili.

Lo schema per la classificazione delle iniziative di VRQ è stato elaborato sulla base di un'analisi della letteratura nazionale ed internazionale in materia di qualità dell'assistenza sanitaria (5). Esso comprende dieci dimensioni di analisi (macrovariabili), ognuna delle quali, a sua volta, si scompone in un certo numero di microvariabili che vengono poste come opzioni di scelta nell'ambito del processo classificatorio. Le variabili poste a base dello schema sono di seguito illustrate analiticamente.

La prima dimensione di analisi è di tipo geografico. Considerando che ad uno dei convegni selezionati (il convegno tenutosi a Venezia nel 1994) hanno partecipato anche operatori esteri, si è pensato di distinguere le informazioni provenienti da questi ultimi da quelle relative al nostro Paese. L'assunto sottostante è che l'organizzazione dei sistemi sanitari dei diversi Paesi presenta una molteplicità di forme e che tali differenze sono talora così marcate da rendere notevolmente distanti i punti di partenza e di arrivo degli interventi sulla qualità dell'assistenza.

La seconda variabile individuata prende in considerazione l'unità organizzativa interessata dall'azione di miglioramento, al fine di comprendere l'ampiezza dei diversi interventi programmati o realizzati. Questi possono

coinvolgere sia singole strutture assistenziali (ospedali e policlinici, questi ultimi caratterizzati dalla presenza di finalità di ricerca e di didattica accanto alle finalità assistenziali), sia specifiche sub-unità organizzative (quali laboratori, servizi, dipartimenti), sia aggregati organizzativi più ampi, quali le ASL, sia infine i sistemi regionali o il servizio sanitario nazionale nel suo complesso. Una caratteristica dell'approccio VRQ, che lo contraddistingue dalla filosofia del miglioramento continuo, è una certa settorialità degli interventi, che tendono a focalizzarsi su problemi specifici, persino individuali, piuttosto che coinvolgere l'intera struttura in un processo che pervade tutte le aree gestionali rilevanti, dalla pianificazione strategica, al coinvolgimento dei dirigenti e dei quadri, all'organizzazione, alla formazione del personale e agli interventi di gestione e sviluppo della qualità. In ragione di quanto osservato, una maggiore concentrazione di interventi a livello di sub-unità, rispetto ad interventi «pervasivi», segnalerebbe un orientamento «professionale» alla qualità. Circa gli interventi a livello regionale/nazionale, una scarsa frequenza di questi indicherebbe che si è ancora indietro, nonostante il disposto della normativa, nella formulazione di politiche sanitarie sulla qualità dell'assistenza sanitaria ad ampio raggio (basate sulla raccolta di informazioni su larga scala e sulla valutazione delle attività).

La terza dimensione di analisi prende in considerazione i soggetti promotori dell'iniziativa di miglioramento, con l'intento, appunto, di individuare coloro che hanno svolto un ruolo attivo nella crescita qualitativa dei servizi sanitari. È evidente che le figure «promotrici» possono essere molteplici, sia interne che esterne all'organizzazione. Tra le prime, si è ritenuto opportuno differenziare tra i dirigenti, distinti tra sanitari ed amministrativi,

e il resto dei dipendenti. I soggetti esterni invece comprendono tutte le istituzioni che, direttamente o indirettamente, possono contribuire a sostenere nel tempo la qualità. Per essi si è fatto riferimento ad una classificazione operata dal CRORA (6) con riferimento alle «infrastrutture manageriali», che individua i «concettualizzatori» (Università, enti di ricerca, accademici), i quali elaborano modelli teorici partendo dall'osservazione delle soluzioni adottate dai *manager* ai problemi concreti, i «catalizzatori» (Stato, associazioni varie), che hanno il compito di promuovere lo sviluppo della managerialità, i «diffusori» (formatori, informatori, consulenti e intermediari di mobilità). Adattando tale classificazione alla specificità delle aziende sanitarie, i soggetti esterni sono stati raggruppati in tre categorie: rispettivamente 1) Università, istituti di ricerca e fondazioni (concettualizzatori), 2) Regione, Ministero, Unione europea, Organizzazione mondiale della sanità (catalizzatori), 3) consulenti (diffusori).

La sub-variabile relativa ai soggetti esterni consente di fornire un giudizio sull'efficacia e la funzionalità delle infrastrutture manageriali rispetto alle aspettative e alle esigenze delle aziende sanitarie. Tra i soggetti interni, un'eventuale preponderanza dei dirigenti clinici come soggetti promotori, attestando la natura prevalentemente professionale degli interventi migliorativi della qualità, sarebbe indicativa di un mancato superamento dell'approccio VRQ.

Quest'ultima considerazione offre lo spunto per introdurre anche la quarta variabile di classificazione, che riguarda appunto la dimensione della qualità interessata dall'azione di miglioramento. La distinzione in questo caso è tra qualità percepita, qualità professionale e qualità gestionale. La prima (l'unica dimensione enfatizzata

dalla qualità totale) fa riferimento alle percezioni degli utenti/pazienti in relazione ai servizi usufruiti. A questa è stata affiancata la dimensione della qualità professionale, enfatizzata dall'approccio VRQ, in base al quale «solo con superficialità e demagogia si può sostenere che la qualità percepita (soprattutto se espressa come domanda) è l'unico metro per valutare la qualità di un servizio sanitario»: la qualità professionale fa riferimento ai professionisti sanitari, e in particolare medici, e indica la capacità di questi sia di scegliere e praticare gli interventi corrispondenti allo stato di avanzamento delle conoscenze tecnico-scientifiche, sia di far sì che gli utenti sperimentino esiti di salute accettabili alla luce delle conoscenze tecnico-scientifiche (7). Si è inoltre presa in considerazione la qualità gestionale, che attiene all'utilizzo efficiente delle risorse materiali ed umane. Si è così riproposto, attraverso le tre dimensioni della qualità sopra evidenziate, il noto paradigma sulla qualità che si esprime appunto nella relazione: «qualità tecnica-qualità funzionale-qualità percepita».

La prevalenza di azioni di miglioramento della qualità professionale tra quelle esaminate indicherebbe il radicamento della logica VRQ, e la possibilità di migliorare la qualità in sanità è ritenuta prevalente attribuzione, nell'ambito di processi fortemente autoreferenziati, della valutazione del professionista sotto il profilo del grado di applicazione dei protocolli e in generale delle conoscenze tecnico-sanitarie esistenti.

La successiva macrovariabile prende in considerazione l'area funzionale interessata dall'azione di miglioramento. Qui la classificazione per sottovariabili fa riferimento alla tradizionale suddivisione per funzioni dell'attività aziendale, ossia: *marketing* e comunicazione (sia interna che esterna),

organizzazione, gestione del personale, finanza, controllo di gestione, produzione (quest'ultima intesa come l'attività di erogazione dei servizi sanitari). Anche per questa variabile un maggiore coinvolgimento della funzione produttiva nelle sperimentazioni analizzate sarebbe indicativa di un mancato superamento dell'approccio VRQ, con la sua enfasi sugli aspetti strettamente clinico-assistenziali.

Il momento successivo dell'analisi punta su un'ulteriore fase di dettaglio. In questo caso oggetto di esame è la natura degli obiettivi che si intende perseguire attraverso gli interventi di miglioramento. Per la scelta delle opzioni da inserire nello schema si è scelto come riferimento teorico il cosiddetto «Albero dei servizi». Quest'ultimo individua quattro categorie fondamentali di obiettivi nelle politiche di *quality improving*. La prima categoria («facilitare l'accesso ai servizi») fa riferimento agli aspetti di cui l'utente fa esperienza prima di usufruire del servizio: informazione sui servizi disponibili, modalità di accoglienza, facilità di orientamento negli uffici pubblici, trasparenza dell'*iter* amministrativo. Il secondo tipo di obiettivi («migliorare la fornitura del servizio») si riferisce al momento di erogazione del servizio, che coincide con la sua fruizione. Tenendo conto del coinvolgimento dell'utente e prendendo in considerazione le sue esigenze, si possono individuare cinque componenti chiave per migliorare la fornitura del servizio: velocità, comodità, gestione delle attese, personalizzazione, chiarezza del linguaggio. La terza tipologia di obiettivi («controllare e correggere il servizio») si riferisce alla fase successiva all'erogazione del servizio, ossia la valutazione puntuale dei risultati ottenuti, che fornisce l'occasione per ascoltare l'utente e responsabilizzare il personale. Il controllo del servizio include la riduzione

e prevenzione degli errori, l'individuazione di *standard* per assicurare la costanza qualitativa del servizio, la raccolta e la qualificazione delle esigenze degli utenti, e infine la gestione dei disservizi e degli imprevisti. Infine la quarta categoria di obiettivi non riguarda un preciso momento della fase di erogazione/consumo del servizio, ma è piuttosto trasversale all'intero processo e si concretizza in interventi di riprogettazione delle attività realizzate, che possono portare ad un ampliamento dell'utenza e un allargamento del servizio, oppure ad un potenziamento del servizio per le fasce disagiate, o infine ad un'innovazione nel ruolo del servizio pubblico (ad esempio affiancando all'erogazione in senso stretto dei servizi basilari l'offerta di consulenza o di «educazione» dei cittadini). Nella logica VRQ le azioni di miglioramento tendono a concentrarsi sulla fase dell'*output*, dando meno spazio alle altre componenti del processo di produzione del servizio, il che comporterebbe una maggiore frequenza degli interventi nella fase di erogazione e di controllo del servizio, che corrispondono alla seconda e terza sub-variabile («migliorare la fornitura del servizio» e «controllare e correggere il servizio»).

Proseguendo nella classificazione, la variabile successiva fa riferimento ai tre fondamentali concetti dell'economia aziendale, e cioè efficienza, efficacia ed economicità. Il concetto di efficienza fa riferimento al rapporto esistente fra l'ammontare delle risorse impiegate e i risultati ottenuti, mentre l'efficacia indica il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il concetto di economicità invece si riferisce, nel caso delle aziende pubbliche, alla capacità di soddisfare direttamente (o di suscitare le condizioni affinché siano soddisfatti) i bisogni di una determinata popolazione in ma-

niera duratura nel tempo, dunque assicurando un equilibrio reddituale.

Tali concetti vanno ridefiniti ripotandoli al peculiare ambito indagato, quello delle aziende sanitarie, e in particolare ai processi produttivi più tipici, ossia quelli di tipo clinico-sanitario (8). In tale prospettiva, l'efficienza si riferisce al rapporto tra i costi della cura ed i benefici attesi, e dipende dalla capacità dei medici di selezionare, programmare, porre in essere gli elementi della cura che essi prescrivono in modo da evitare sprechi. Tale forma di efficienza, definibile appunto «clinica» (9), in quanto strettamente connessa alle decisioni cliniche, va distinta dall'«efficienza di produttività» che invece dipende dalle decisioni manageriali e si riferisce alla capacità di un'organizzazione di produrre efficientemente i beni e servizi a disposizione dei medici (dosaggio dei farmaci, organizzazione dell'assistenza infermieristica, utilizzo dei posti letto ecc.). L'efficacia clinica si può invece giudicare valutando se le cure erogate forniscono il massimo miglioramento in salute ottenibile allo stato attuale delle conoscenze. Essa dipende specialmente dalla competenza, dalla capacità di giudizio e dalla bravura dei medici e del personale paramedico, benché è indubitabile che altri fattori connessi alla qualità delle strutture e alla disponibilità delle risorse, possano rivestire un peso rilevante. Infine, il corrispondente clinico del concetto aziendalistico di «economicità», può individuarsi nel concetto di «cura sostenibile», connesso all'andamento della relazione tra costi e benefici della cura. A livello empirico si è constatato che, mentre nella fase iniziale per ogni nuovo intervento terapeutico si ottengono miglioramenti importanti dello stato di salute, da un certo punto in poi i miglioramenti diventano progressivamente più piccoli. Esiste dunque un punto critico al di là del quale

si ottengono benefici così modesti che diventa antieconomico impegnare ulteriori risorse finanziarie. Il tipo di assistenza che corrisponde al raggiungimento di questo punto critico nella relazione tra costi e benefici potrebbe considerarsi come ottimale dal punto di vista dell'economicità.

Tale classificazione aiuta a capire se la cultura predominante è ancora quella medica, con la sua enfasi sull'efficacia della cura indipendentemente dalla razionalità economica, e la sua riluttanza verso ogni forma di valutazione economica dell'operato dei professionisti (il che si riscontra dalla prevalenza degli interventi migliorativi dell'efficacia), o se invece stiano trovando spazio i valori aziendalistici (il che si può evincere dalla frequenza della prima e della terza sottovariabile).

Anche lo studio del livello di attuazione degli interventi di miglioramento è rientrato tra gli elementi della nostra analisi. In questo caso il riferimento teorico è rappresentato dal modello PDCA di Deming, che costituisce l'ossatura del *Total Quality Management* importato dalle aziende giapponesi, ma che, per la sua attenzione al momento valutativo, ben si adatta anche alla logica della *Quality Assurance*. Tale modello, sulla base di un criterio sequenziale, individua quattro livelli di attuazione che vengono definiti *Plan, Do, Check, Action*, e che corrispondono nel concreto alle attività di programmazione, implementazione, verifica e correzione, connesse in un processo circolare iterativo.

Tale parametro di analisi consente di verificare se gli interventi migliorativi della qualità si fermano alla fase di dichiarazione di intenti, se hanno anche una implementazione, o ancora se hanno una verifica ed un'azione correttiva (comprovando in quest'ultimo

caso il pieno recepimento dell'approccio MCQ).

La penultima dimensione di analisi utilizza come criterio classificatorio il noto paradigma «struttura-processo-esito» di Donabedian. Il termine «struttura» qui ricomprende tutte le risorse, umane e materiali, che rientrano stabilmente nell'assistenza sanitaria: gli edifici, le attrezzature informatiche, l'equipaggiamento tecnico-sanitario, il personale. I processi riguardano invece le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, ciò che i medici e altri professionisti fanno per il paziente e quanto abilmente lo fanno: in altri termini, tutto ciò che avviene quando i medici parlano con i pazienti, li visitano, li sottopongono ad indagini, effettuano una diagnosi, prescrivono una terapia, oppure anche il modo in cui i reparti, laboratori e ambulatori sono organizzati e funzionano. Gli esiti, infine, si riferiscono a ciò che viene realizzato per il paziente, e sono connessi ai cambiamenti nello stato di salute (migliorativi o peggiorativi) che possono essere attribuiti ad un determinato intervento sanitario. Essi includono anche altre conseguenze del processo assistenziale, ad esempio la conoscenza della malattia, la modifica nel comportamento e nello stile di vita del paziente, la stessa soddisfazione del paziente.

Tali tre dimensioni sono fra loro collegate. Si può infatti ragionevolmente ritenere che una buona struttura aumenta la possibilità di un buon processo, ed un buon processo accresce la probabilità di buoni esiti. La prevalenza della prima sarebbe tuttavia indicativa di una visione statica e meccanicistica della qualità dell'assistenza sanitaria, unicamente collegata al livello delle dotazioni strutturali. L'attenzione ai processi è invece indicativa di una concezione che ritiene che i medici non possono fare niente di meglio che usare con abilità le conoscenze e

le metodiche disponibili, e gli esiti sono un cattivo indicatore della qualità dell'intervento sanitario, essendo condizionati da una molteplicità di eventi non controllabili. L'attenzione agli esiti rivela infine una concezione secondo la quale i miglioramenti nella condizione del paziente sono la sola prova finale dell'efficacia della cura.

Infine, l'ultima dimensione di analisi si sofferma sullo studio dei livelli di assistenza interessati da processi di miglioramento. Il riferimento è ai livelli uniformi di assistenza così come stabiliti dal Ministero della sanità di intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni. Tale variabile consente di verificare se gli interventi si concentrano prevalentemente a livello dell'assistenza ospedaliera, come è lecito attendersi data l'enfasi che da sempre viene data a tale ambito assistenziale del Servizio sanitario nazionale, a scapito dell'ambito territoriale, o se non vi sia anche un coinvolgimento degli altri livelli assistenziali che pure contribuiscono a definire socialmente avanzata una moderna società.

3. Analisi quali-quantitativa delle sperimentazioni effettuate

Sulla base delle dimensioni aziendali esplicitate nel precedente paragrafo, vengono di seguito presentati ed illustrati i risultati empirici della ricerca condotta.

Paese di appartenenza. La prima dimensione oggetto di analisi è di tipo geografico. In particolare, il materiale di riferimento impiegato è risultato per i 2/3 inerente le aziende operanti in Italia e per 1/3 le aziende operanti all'estero.

Infatti, ad eccezione del Convegno tenutosi a Venezia al quale sono stati presentati casi di aziende straniere, il complesso degli interventi esaminati

ha interessato le aziende del nostro Paese.

Unità organizzativa. La maggior parte degli interventi programmati, in corso di attuazione o già sperimentati, ha coinvolto la singola struttura ospedaliera (confronta figura 1), mentre percentuali più modeste hanno interessato unità organizzative di più ampie dimensioni quali le Asl, le Regioni, il Servizio sanitario nazionale.

Soggetti promotori. I soggetti promotori dell'iniziativa di miglioramento della qualità sono stati suddivisi in interni (Dirigenti clinici, Dirigenti generali, Dipendenti operativi, Operatori sanitari) ed esterni alle aziende sanitarie (Consulenti, Associazioni professionali, Regione, Ministeri, Università, Istituti, Fondazioni).

Dall'analisi dei casi è emerso che un ruolo attivo è sicuramente svolto dai dirigenti clinici (42% degli interventi) i quali contribuiscono a sostenere azioni di miglioramento rispetto ai problemi concreti presenti nelle proprie aziende di riferimento; ai dirigenti amministrativi spetta solo il 12% degli interventi. In alcuni dei casi analizzati si è visto come i dirigenti, aventi responsabilità operative, sono stati messi nelle condizioni di migliorare le loro competenze attraverso una formazione di tipo manageriale ovvero idonea ad una corretta gestione di tutte le risorse aziendali.

Le Università e gli Enti di ricerca (28% degli interventi), sono chiamati a svolgere attività scientifiche tese all'elaborazione di modelli di analisi di tipo concettuale e scientifico.

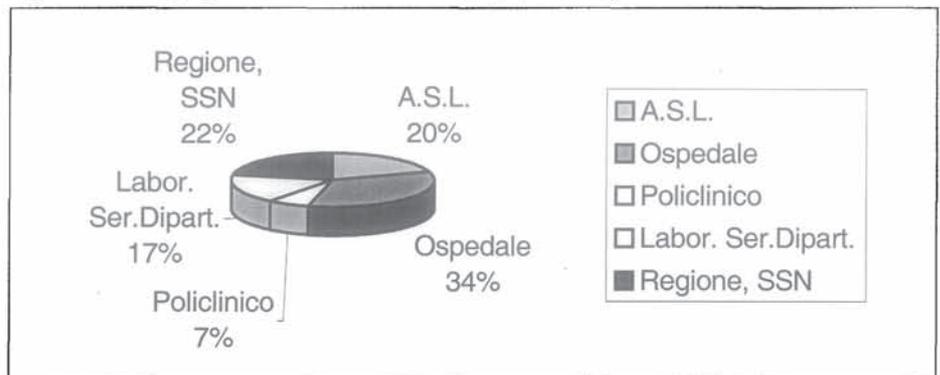
Le Regioni ed i Ministeri (6% degli interventi) esprimono soltanto «principi» in relazione alle attività di indirizzo e programmazione.

Consulenti ed Associazioni professionali (12% degli interventi) vengono contattati allorché sono richieste delle professionalità specifiche per la risoluzione di problemi inerenti la formazione del personale in merito ad aspetti di tipo gestionale quali ad esempio l'informatizzazione dei reparti, la gestione del rapporto con l'utenza, l'elaborazione della contabilità economica.

Dimensione della qualità. La variabile relativa alla qualità interessata dalle azioni di miglioramento ha impattato aspetti di natura gestionale (41% degli interventi), professionale (44% degli interventi) e di valutazione del cliente (15% degli interventi).

In merito alla qualità valutata dal cliente, stante la peculiarità che il servizio sanitario riveste, è opportuno fare delle considerazioni. In generale, la qualità delle prestazioni è misurata correlativamente alle attese del cliente; in altri termini, è il cliente che giudica la qualità della prestazione erogata confrontandola con le sue attese e

Figura 1 - Unità organizzativa interessata dall'azione di miglioramento



assume coerentemente comportamenti di fedeltà. Dall'analisi dei casi, tuttavia, si è riscontrato che molto spesso la valutazione circa la qualità dei servizi sanitari espressi dal paziente si limita frequentemente solo agli aspetti collaterali della prestazione in quanto la valutazione circa la qualità tecnica (correttezza e congruità della prestazione erogata) viene demandata, per ovvi motivi, al personale medico. Inoltre, la valutazione della qualità tecnica non viene contestualizzata alle aspettative del cliente, ma viene misurata sulla base dei protocolli in atto.

Esiste uno stretto collegamento tra le dimensioni della qualità e le variabili successive.

In particolare, la qualità di natura gestionale e la qualità valutata dal cliente risultano maggiormente approfondite dalla variabile relativa all'obiettivo dell'intervento inerente gli aspetti considerati nell'Albero dei servizi di qualità (confronta punto sei dell'allegato 1).

Aree funzionali. La suddivisione per aree funzionali ha evidenziato come la maggior parte degli interventi è indirizzata alla funzione di produzione ossia alla erogazione del servizio sanitario (42%) (confronta figura 2).

Gli interventi di tipo organizzativo (16%), nella maggior parte dei casi esaminati, hanno previsto l'introduzione di protocolli terapeutici o anche di linee guida ed indirizzi, nonché la razionalizzazione dei singoli processi gestiti al fine di consentire un miglioramento della qualità. In alcuni casi, in particolare per le aziende ospedaliere, è stata prevista la riorganizzazione su base dipartimentale delle attività tese soprattutto a consentire una riduzione dei costi di gestione (10).

In merito alle modalità di gestione delle risorse umane (10%) in alcuni casi sono stati attuati stili di direzione di tipo partecipativo, in modo tale da coinvolgere il personale ad ogni livello

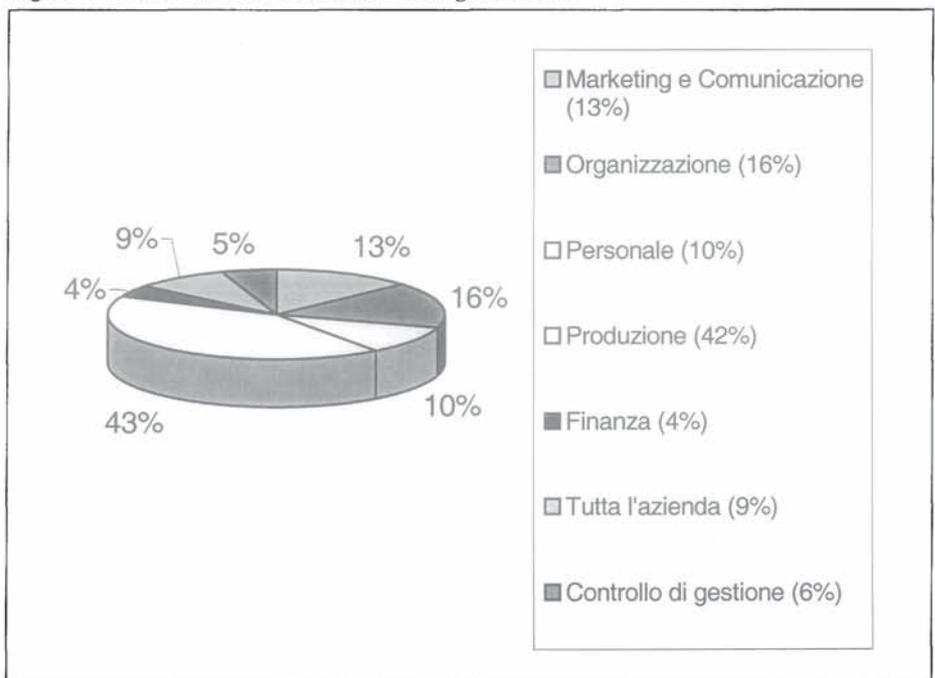
gerarchico. Aziende che hanno perseguito tale via hanno inteso procedere secondo logiche volte al miglioramento continuo dei procedimenti interni e dei servizi offerti.

Anche le attività di comunicazione sia interna sia esterna sono state oggetto di vari casi analizzati (13%). In particolare, la Carta dei servizi ha trovato terreno fertile in molti dei casi presentati in seguito al diffondersi di fattori quali: una forte esigenza di recupero dell'immagine del servizio nei confronti della comunità; il processo di trasformazione innescato dalla legislazione (legge delega 421/92: decreti 502/92 e 517/93); i principi di umanizzazione e personalizzazione, la verifica della qualità del servizio, il diritto al reclamo da parte degli utenti/clienti, la loro partecipazione attiva al miglioramento; l'avanzare della cultura aziendale ed il nuovo modello «economico» del servizio centrato sul pagamento a prestazione degli erogatori. Va detto che nella maggior parte dei casi ana-

lizzati le Carte dei servizi fanno riferimento ad aspetti inerenti le dimensioni tecnico-professionali della qualità non ponendo nella giusta considerazione le dimensioni qualitative del servizio percepite dall'utente.

Relativamente al controllo di gestione, anche se gli interventi sono stati esigui (solo il 6%), è soprattutto a livello di Asl che sono emerse esigenze di definizione di modelli e protocolli operativi, di esatta distribuzione delle risorse e delle competenze e di verifica del loro corretto utilizzo in termini economici e quantitativi. In particolare, la contabilità direzionale è considerata una necessità avvertita come tale non solo dagli organi regionali, ma anche da molti amministratori e *manager*. In molti casi si ritiene che la contabilità direzionale sia uno strumento che permetta di conoscere meglio la realtà gestionale e quindi di decidere e controllare; in altri termini, di produrre un'informazione che necessita di opportune analisi ed arricchimenti in termini di attribuzione di co-

Figura 2 - Aree funzionali interessate dal miglioramento



sti alle singole unità operative o divisioni specialistiche.

In alcuni casi sono stati introdotti sistemi di controllo integrati con strumenti di analisi economico finanziaria; in tal modo si è inteso monitorare i diversi accadimenti di gestione al fine di intervenire con efficacia e tempestività.

Scarsi (solo il 9%) sono stati gli interventi che hanno coinvolto la totalità dell'azienda e questo testimonia la mancanza di una logica di gestione integrata legata al TQM e quindi alla qualità totale con interventi tesi a perseguire livelli di servizio sempre più capaci di soddisfare le esigenze dei clienti, ad introdurre progressivi miglioramenti di qualità dei servizi sia centrali (prestazioni sanitarie), sia collaterali (servizi alberghieri, velocità della prestazione, ecc.), nonché costanti aumenti del coinvolgimento, della partecipazione e della motivazione di tutti gli attori.

Obiettivi dell'intervento. Con la finalità di approfondire gli obiettivi che sono stati o si intendono raggiungere attraverso le azioni di miglioramento, sono state individuate quattro macrovariabili (confronta figura 3) suddivise, a loro volta, in una serie di microvariabili che fanno riferimento alle politiche di *quality improving*. Va rilevato che molti dei casi analizzati impattano, al contempo, più microvariabili.

In particolare, numerose sono le situazioni in cui vengono attuati interventi aventi l'obiettivo di facilitare l'accesso al servizio attraverso campagne informative tese a far aumentare il livello di conoscenza al cliente.

Il miglioramento della fornitura del servizio (in termini di qualità) viene stimolato attraverso azioni tese a favorire una partecipazione maggiormente attiva del cliente. In particolare, molti degli interventi sono volti a ridurre i tempi di attesa ed i ritardi al fine di im-

pedire o quanto meno di ridurre il verificarsi di risposte eccessivamente ritardate.

Il complesso delle azioni tese al miglioramento della fornitura rende possibile un *feed back* in termini di controllo e correzione del servizio reso e quindi è strettamente collegato all'obiettivo di controllare e correggere il servizio ovvero di favorire la valutazione dei risultati realizzati. In merito a questi ultimi, molti interventi, resi concreti grazie al personale di contatto, hanno avuto come obiettivo sia l'individuazione di *standard* tesi ad assicurare la costanza qualitativa del servizio, sia l'accurata analisi delle esigenze dei clienti per la riduzione dei reclami.

Senza dubbio, il controllo del servizio erogato per essere efficace e condurre ad un miglioramento della fornitura deve essere supportato da un'adeguata motivazione e cultura del personale, nonché da metodologie adeguate (11).

Poco significativi sono risultati gli interventi volti ad innovare e far evolvere il servizio; infatti la loro incidenza è di modeste dimensioni (5% sul totale).

Esiste una forte correlazione tra tutte le variabili descritte; tuttavia la peculiarità dei processi di valutazione della qualità dal lato del «cliente» implica la necessità di destinare molta attenzione a tre aspetti particolari quali:

— le condizioni ambientali e relazionali di «servuction» (12);

— l'adeguatezza delle soluzioni tecnico-cliniche adottate;

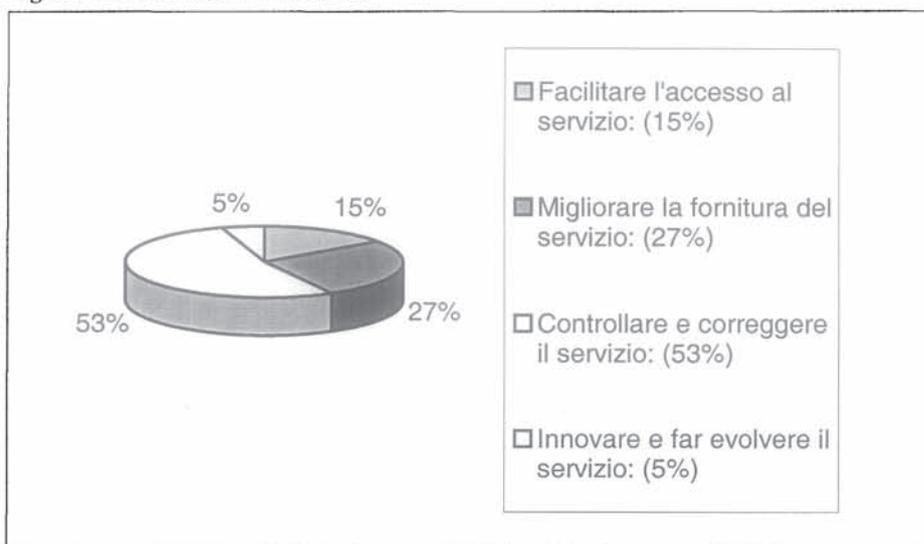
— la comunicazione e l'informazione.

L'alta incidenza percentuale (80% dei casi) sottolinea come la maggior parte degli interventi ha coinvolto la seconda e la terza variabile il che dimostra che le azioni di miglioramento si sono concentrate esclusivamente nella fase finale del processo di produzione/erogazione del servizio (logica VRQ) e non alla totalità delle attività del processo stesso così come la logica TQM suggerisce.

Impatto gestionale. Relativamente alla dimensione inerente l'impatto gestionale delle iniziative di miglioramento della qualità si è fatto riferimento ad aspetti di efficienza, efficacia ed economicità.

Tenendo in considerazione che oggetto dell'indagine è stata l'analisi dei

Figura 3 - Obiettivo dell'intervento



programmi di miglioramento della qualità presentati dalle aziende ai vari convegni, è risultato che l'obiettivo di tutela della salute dell'individuo riveste un rilievo prevalente. Va comunque affermato che un servizio sanitario è di qualità allorquando è in grado di garantire ai clienti quello che necessitano, tutelando le loro esigenze, nel rispetto dell'efficienza aziendale, ovvero erogando il servizio al minor costo possibile (13).

Dalle elaborazioni condotte si è potuto constatare che la maggior parte degli interventi è tesa, al contempo, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza anche se ben il 71% degli interventi è stato rivolto esclusivamente ad aspetti legati all'efficacia e solo il 23% all'efficienza. Pochi interventi sono stati a sostegno dell'economicità aziendale (6%).

L'enfasi posta sul miglioramento dell'efficacia degli interventi sta ad indicare un orientamento ancora prevalentemente «professionale» della qualità e, come già detto (par. 2) poco interessato ad aspetti legati all'economicità di gestione.

Sarebbe comunque opportuno che di fronte ai grossi cambiamenti ambientali (interni ed esterni) le aziende sappiano «produrre salute» nel rispetto di precisi vincoli di economicità e di efficienza.

Livello di attuazione. In merito al livello di attuazione degli interventi di miglioramento si è fatto riferimento ad aspetti inerenti le attività di programmazione, implementazione, verifica e correzione (modello PDCA di Deming).

Dalle elaborazioni effettuate si è riscontrato che il 12% (confronta figura 4) dei casi presentati sono in fase di sola programmazione degli obiettivi di miglioramento di qualità, la maggior parte dei casi osservati riguarda interventi in fase di implementazione (39%), la verifica dei risultati attraverso

so criteri prestabiliti ha interessato il 37% degli interventi ed infine, solo per alcuni progetti sono stati già attuati interventi correttivi (12%).

Due sono i punti critici da sottolineare in relazione a questa dimensione: innanzitutto si è constatata la scarsa o nulla capacità di tradurre le valutazioni qualitative in precisi indicatori quantitativi ed inoltre, l'altrettanta scarsa abitudine a valutare tutti gli aspetti collaterali del servizio legati alla prestazione sanitaria.

Tipologia dell'intervento. Il 19% (confronta figura 5) degli interventi ha interessato le strutture; in particolare attraverso l'introduzione di nuove attrezzature informatiche e tecnico sanitarie. Sicuramente la struttura risulta, quale strumento di valutazione della

qualità, scarsamente incisivo in quanto non fornisce indicazioni circa la conoscenza delle relazioni esistenti con la prestazione erogata; anche se un'adeguata dotazione strutturale è comunque importante quale strumento per la tutela e la promozione della qualità e dunque i processi risultano influenzati dagli ambiti in cui avvengono le prestazioni (14).

La maggior parte degli interventi (il 52%) è orientata al miglioramento dei processi, in termini di comunicazione (interna, ma soprattutto con i clienti esterni), di flussi informativi interni, di incentivazione, motivazione e formazione. Per esempio, al fine di migliorare i livelli di assistenza e data la necessità di disporre di informazioni tempestive, numerosi sono gli inter-

Figura 4 - Livello di attuazione degli interventi

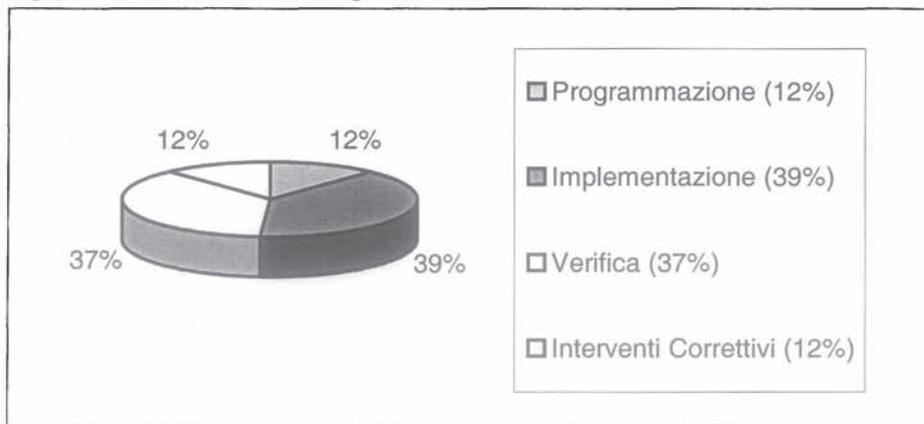
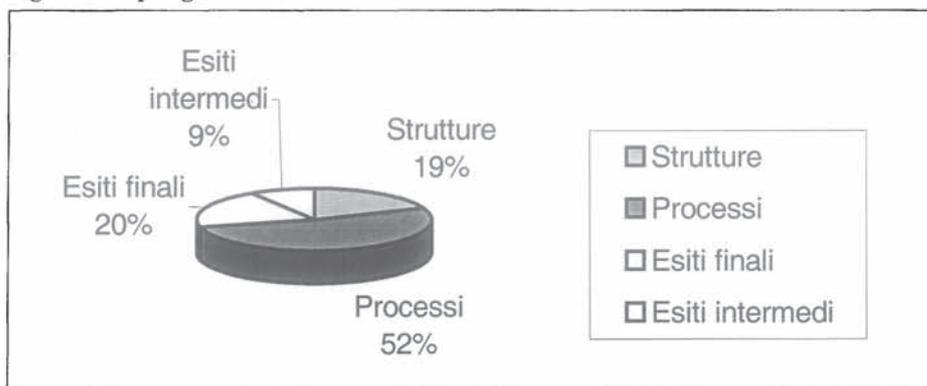


Figura 5 - Tipologie di interventi



venti che hanno agito sul miglioramento dei flussi informativi.

Relativamente agli esiti (intermedi o finali) la valutazione e misurazione della qualità si è nella maggior parte dei casi identificata in termini di: riduzione dei rischi derivanti dall'impiego delle terapie (riduzione degli effetti collaterali ed indesiderati); miglioramento della congruità e della adeguatezza delle soluzioni clinico-tecniche adottate; riduzione o eliminazione di interventi non necessari (non dovuti, o considerati inopportuni).

Da un'analisi più approfondita delle variabili (incrocio tra il punto quattro ed il punto nove dell'allegato) si è potuto constatare che gli interventi di natura gestionale sono per lo più collegati alle strutture (circa il 90% rispetto al totale dei casi esaminati); mentre gli interventi di tipo professionale riguardano il miglioramento dei processi (80% dei casi) e degli esiti finali o intermedi (20% sul totale). È risultato, pertanto, che molti dei processi interessati dalle azioni di miglioramento sono stati di tipo medico-assistenziale confermando un orientamento professionale alla qualità.

Va inoltre aggiunto che in alcuni casi gli interventi su strutture o su processi hanno interessato più microvariabili; ad esempio nel primo caso, l'introduzione di nuove attrezzature informatiche ha coinvolto anche le risorse umane in termini di formazione specifica. Nel secondo caso sono emerse significative relazioni tra la comunicazione ed il miglioramento dei flussi informativi, oppure tra la motivazione e l'incentivazione del personale medico.

Sicuramente tra i casi analizzati è possibile affermare che quelli più incisivi in termini di miglioramento della qualità hanno posto una considerevole attenzione ai cambiamenti nelle rela-

zioni umane con riferimento particolare alle relazioni tra la dirigenza e gli operatori e tra questi ultimi e i pazienti attraverso l'implementazione di tecniche e sistemi di misurazione e verifica della qualità.

Seguendo questa prospettiva è stata posta una notevole enfasi alle attività di formazione del personale al fine di orientare quest'ultimo verso obiettivi di miglioramento della qualità quali: maggiore responsabilità verso gli utenti, garantire servizi adeguati nel rispetto delle esigenze degli utenti stessi, riorientare costantemente l'azione rispetto alle priorità stabilite sulla base delle personalizzate esigenze di ciascun utente.

Livelli di assistenza. L'ultima dimensione di analisi riguarda lo studio dei livelli di assistenza interessati dalle azioni di miglioramento. È possibile constatare (confronta figura 6) che la maggior parte degli interventi è riferita alle strutture ospedaliere; mentre in minima parte riguarda gli altri tipi di assistenza. Questo dimostra come la sanità sia ancora «ospedalecentrica».

4. Considerazioni conclusive

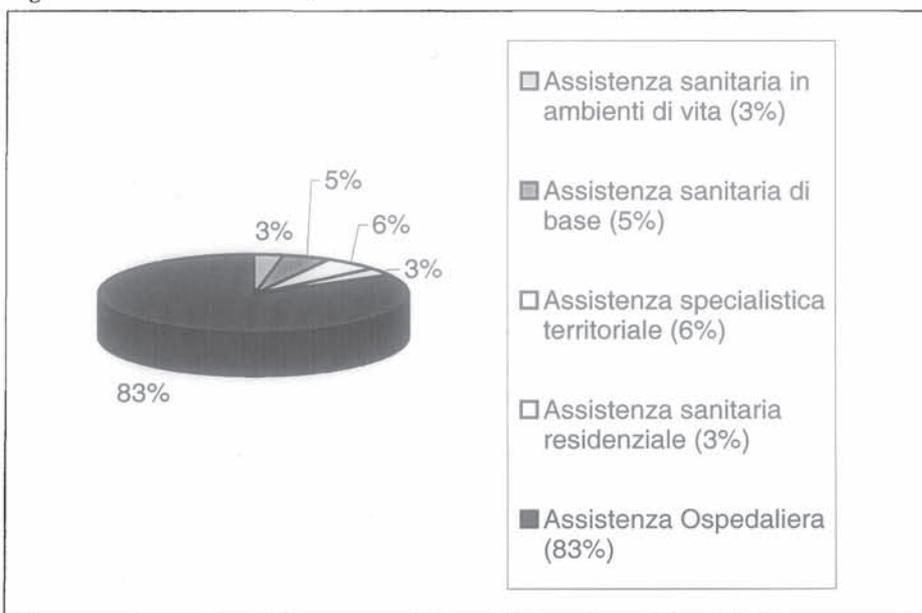
La qualità è una tematica di diffuso interesse tanto nelle manifestazioni prettamente imprenditoriali quanto nelle organizzazioni che producono ed erogano servizi di pubblica utilità.

La varietà delle situazioni e la molteplicità degli interventi in gioco richiedono spesso approfondimenti di tipo settoriale. Sicuramente il settore sanitario presenta molte e diverse peculiarità che necessitano di essere indagate e valutate.

Senza dubbio, a partire dagli anni '90, a livello mondiale, è emerso un orientamento condiviso al fine di affrontare la crescente complessità ambientale che ormai caratterizza le aziende sanitarie per il quale la qualità cessa di essere un elemento accessorio della prestazione per diventare elemento indispensabile della prestazione stessa.

Dunque, la qualità non può essere semplicisticamente garantita sottoponendo a rigidi *standard* le forniture o controllando tecnicamente la coerenza tra ciò che viene erogato ed i proto-

Figura 6 - I livelli di assistenza



colli definiti, ma deve rappresentare una filosofia che coinvolge progressivamente tutti i processi aziendali in una gestione orientata alla soddisfazione del cliente. D'altro canto, la sopravvivenza delle aziende sanitarie è sempre più legata alla qualità delle prestazioni rese. Se poi le predette aziende intendono anche attuare strategie di crescita (quanti-qualitative) debbono necessariamente contare su «leve di qualità» per contribuire a definire la propria missione ed a conseguire un'immagine coerente all'attuazione degli obiettivi.

Risulta, pertanto, evidente come la «qualità» sia un obiettivo al quale le aziende sanitarie non possono rinunciare dal momento che ad essa sono interessati in generale tutti gli *stakeholder* aziendali ed, in particolare, i destinatari delle singole prestazioni.

Va comunque affermato che la «qualità» non è un traguardo finale, ma è una tappa: la qualità implica un processo continuo di miglioramento.

Infatti, per conseguire la qualità e per migliorarla dovrebbero contribuire tutti coloro che operano in azienda, dal *front-office* al *back-office*, dalle attività core alle attività di supporto ed amministrative.

Esistono, pertanto, angolazioni e dimensioni della qualità molto diverse che soddisfano (o devono soddisfare) i differenti interessi e le diverse aspettative degli attori in scena. Le aziende sanitarie nel perseguire le strategie e le politiche della qualità dovrebbero tener conto degli aspetti suddetti e badare alle valutazioni di tutti gli *stakeholder* (sia primari, sia secondari) (15).

Presupposto all'organizzazione e alla gestione della qualità, secondo una visione strategica è il coinvolgimento sistematico ed integrato di tutte le risorse aziendali. Il miglioramento interno, inteso come sviluppo della

qualità dei processi nei confronti dei clienti, è un presupposto fondamentale ed irrinunciabile della qualità dell'*output* finale e della continua nonché attiva partecipazione di tutti gli interessati.

Miglioramento dei processi e miglioramento delle relazioni introducono la logica della integrazione e pervasione delle politiche e delle filosofie aziendali a tutti i livelli.

Sulla base delle analisi condotte, tuttavia, è possibile affermare che nella sanità non si è ancora verificato il passaggio da una filosofia di approccio settoriale della qualità (VRQ) ad una filosofia di approccio integrale (TQM).

Quanto detto è confermato, in particolare, dalla concentrazione di interventi posti in essere da dirigenti clinici (42%), dal prevalere di interventi legati alla funzione di «produzione» e quindi di erogazione del servizio, dalla prevalenza di obiettivi legati esclusivamente al miglioramento dell'efficienza (71%).

Nella sanità il passaggio dal sistema di VRQ al TQM potrebbe segnare l'evoluzione della logica e della filosofia di impostazione degli interventi per il miglioramento della qualità. Tuttavia, le analisi compiute sottolineano ancora una forte (e radicata) prevalenza di progetti ed interventi legati ad aspetti tecnico-professionali privi di collegamento con le altre funzioni aziendali e con obiettivi circoscritti «all'esito» parziale del processo messo in atto.

D'altro canto, l'esistenza di uno spettro molto ampio di applicazione dei progetti di qualità anche alle funzioni di supporto (attività non prettamente cliniche) lascia ben sperare sulla possibilità di adozione e sviluppo di iniziative combinate, collegate ed integrate per migliorare la «qualità» dell'*output* finale in tutte le sue possibili configurazioni (esito clinico, aspetti alberghieri, velocità, ecc.) attraverso

la progettazione, il miglioramento ed il controllo del «processo» nella sua interezza.

(1) Cfr. Cilione (1996).

(2) Raccomandazione attuata con il decreto del Ministro della sanità del 24 luglio 1995 pubblicato sulla G.U. n. 263 del 10 novembre 1995.

(3) Cfr. Ferraro (1996).

(4) Cfr. Bucci e Louidice (1996) pp. 164 e 165.

(5) Cfr. Bonaldi, Focarile e Torreggiani (1994); Cochrane (1972); Di Stanislao (1993); Donabedian (1989); Koch (1995); Ovretveit (1992).

(6) Cfr. Rugiadini (1985).

(7) Cfr. Morosini, Ferraro (1996).

(8) Cfr. Cochrane (1972).

(9) Cfr. Donabedian (1989).

(10) Al riguardo si consideri l'impulso normativo di cui all'art. 15 del D.L. n. 19 giugno 1999, n. 229, secondo cui l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

(11) Cfr. Ovretveit (1992).

(12) Eiglier e Langeard definiscono il sistema di produzione erogazione del servizio con il termine di *servuction* per sottolineare la stretta interrelazione esistente tra il servizio e la sua produzione. Nel simultaneo verificarsi dell'interazione tra produttore e consumatore (prosumer) avviene il momento della generazione del servizio.

(13) In tal senso Ovretveit (1992).

(14) Cfr. Donabedian (1990).

(15) Sulla differenza tra *stakeholder* primari e secondari si consulti: Sciarelli (1996).

BIBLIOGRAFIA

- BECCASTRINI S., GARDINI A., TONELLI S. (1994), *Piccolo dizionario della qualità*, Tosca.
- BONALDI A., FOCARILE F., TORREGGIANI A. (1994), *Curare la qualità*, Guerini e associati, Milano.
- CIGLIONE G. (1996), «Il quadro normativo di riferimento», *Salute e Territorio*, 99.
- COCHRANE A. (1972), *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*, Nuffield Provincial Hospital Trust, Londra.
- DI STANISLAO F. (1993), «Valutazione e revisione di qualità delle procedure sanitarie. Principi e metodi», *Professione sanità pub-*

- blica e medicina pratica*, anno II, 3, pp. 19-26.
- DONABEDIAN A. (1989), «L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'assistenza sanitaria», *Quality Assurance*, 1-2.
- DONABEDIAN A. (1990), *La Qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, NIS.
- DONABEDIAN A. (1992), «The quality of medical care», *Science*, 200.
- EIGLIER P., LANGEARD E. (1988), *Il Marketing strategico dei servizi*, Mc Grow Hill, Milano.
- MELE R. (1993), *Strategie e politiche di marketing nelle imprese di pubblici servizi*, Cedam, Padova.
- MOROSINI P., PERRARO F. (1996), «Sviluppo e organizzazione del miglioramento continuo di qualità professionale (della Verifica e Revisione di Qualità) nelle Aziende sanitarie», *QA*, vol. 7, 3.
- KOCH H. (1995), *Qualità totale nel management della sanità*, CSE, Torino.
- OVRETVEIT J. (1992), *Health service quality*, Blackwell, Oxford.
- PERRARO F. (1996), «Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria», *Leadership medica*, 8/1996.
- SCIARELLI S. (1996), *Economia e gestione dell'impresa*, Cedam, Padova.

ALLEGATO 1

CONTENUTI ED ASPETTI DEI PROGETTI DI QUALITÀ PRESENTATI AI CONVEGNI DI ROMA (1997), SORRENTO (1996), VENEZIA (1994)

N.	Legenda	Variabili	Convegni			
			Roma	Sorrento	Venezia	Totale
1	Paese di appartenenza dell'unità organizzativa	Italia	97	152	255	504
		Estero	0	1	255	256
2	Unità organizzativa interessata dall'azione di miglioramento	A.S.L.	50	48	47	145
		Ospedale	40	71	142	253
		Policlinico	1	2	46	49
		Laboratorio, dipartimento	3	5	120	128
		Regione, SSN	3	5	155	163
3	Soggetti promotori della iniziativa di miglioramento	Dirigenti clinici	77	81	158	316
		Dirigenti generali	4	5	84	93
		Consulenti, Ass. professionali	3	23	53	79
		Regione, Ministero, UE, OMS	2	0	40	42
		Dipendenti operativi, Operatori san.	5	5	7	17
		Università, Istituti, Fondazioni	6	39	168	213
4	Dimensione della qualità interessata	Gestionale	40	79	249	368
		Professionale	37	35	262	334
		Valutata dal cliente	20	39	61	120
5	Area funzionale interessata dall'azione	Marketing e comunicazione	22	37	47	106
		Organizzazione	27	35	69	131
		Personale	10	15	58	83
		Produzione	37	35	262	334
		Finanza	1	8	24	33
		Tutta l'azienda	1	5	65	71
6	Obiettivo dell'intervento: <i>Facilitare l'accesso al servizio:</i> <i>Migliorare la fornitura del servizio:</i> <i>Controllare e correggere il servizio:</i> <i>Innovare e far evolvere il servizio:</i>	Accoglienza ed informazione	25	8	87	120
		Velocità, chiarezza, gestione delle attese, personalizzazione	15	28	175	218
		Affidabilità, <i>standard</i> , prontezza di risposta, ascolto	15	76	335	426
		Arricchimento, innovazione	5	6	24	35
7	Impatto gestionale	Efficienza	21	47	146	214
		Efficacia	79	119	452	650
		Economicità	2	7	41	50
8	Livello di attuazione	Programmazione	15	36	43	94
		Implementazione	68	110	115	293
		Verifica	9	6	265	280
		Interventi correttivi	5	1	87	93
9	Interventi su: <i>Strutture</i> <i>Processi</i> <i>Esiti finali</i> <i>Esiti intermedi</i>	Attrezzature informatiche, tecnico sanitarie, edifici, risorse umane	23	28	120	171
		Comunicazione, incentivazione, motivazione formazione, <i>decision making</i> , controllo di gestione, flussi informativi	54	95	323	472
		Riduzione malessere, sofferenze, complicazioni e disabilità	16	16	144	176
		Interventi preventivi	0	1	60	61
		Modificazioni comportamentali	4	13	4	21
10	Livelli di assistenza	Assistenza sanitaria in ambienti di vita e di lavoro	0	4	15	19
		Assistenza sanitaria di base	2	10	29	41
		Assistenza specialistica territoriale	3	1	42	46
		Assistenza sanitaria residenziale	5	7	8	20
		Assistenza ospedaliera	87	131	416	634