

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# SISTEMI INFORMATIVI E SUPPORTO DECISIONALE IN SANITÀ: L'UTILIZZO DEI DATA-WAREHOUSE

di Claudio Caccia

Sistemi informativi & organizzazione, Azienda Ussl 33 Rho (MI)

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il *data-warehouse* - 2.1. Informazioni per decidere - 2.2. Architettura del *data-warehouse* - 3. Il progetto di *data-warehouse* dell'Azienda Ussl 33 di Rho - 3.1. Obiettivi - 3.2. Progetto - 3.3. Architettura e funzionamento - 4. Conclusioni.

## 1. Premessa

Nel nuovo assetto aziendale del SSN tendono ad emergere con forza concetti come «pianificazione strategica», «programmazione e controllo di gestione», ruolo centrale del «cittadino-cliente», valutazione del «livello di servizio reso al cliente», «posizionamento» di ciascuna azienda rispetto alle altre aziende sanitarie pubbliche e private (*benchmarking*), etc.

Concetti, metodologie e strumenti operativi che per comodità possiamo sintetizzare con la capacità di un'azienda di disporre di informazioni significative per monitorare complessivamente le proprie *performance*.

Peraltro, nel corso degli anni, anche il concetto di analisi delle *performance*, tradizionalmente basata su un approccio prevalentemente economico-finanziario, è stato integrato con la capacità di cogliere e monitorare alcune variabili ritenute critiche per il successo aziendale con l'obiettivo di responsabilizzare il *management* aziendale ad intraprendere azioni più efficaci in relazione agli obiettivi aziendali.

In effetti la necessità di poter disporre di informazioni per il supporto decisionale-direzionale, come evidenziato in tavola 1, aumenta in modo

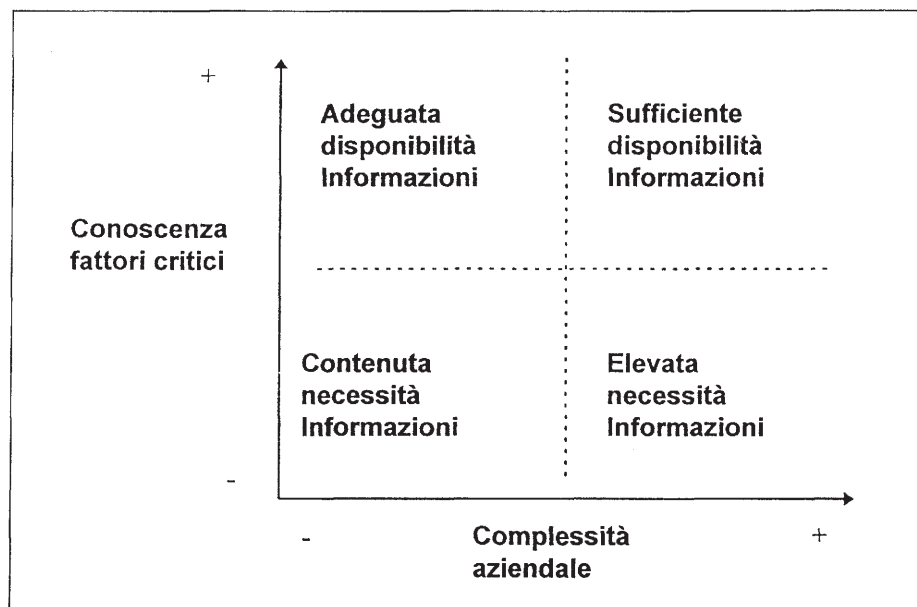
proporzionale all'incremento della complessità aziendale e in modo inversamente proporzionale alla reale conoscenza dei fattori critici aziendali: in sintesi in presenza di un basso livello di conoscenza dei fattori critici aziendali e ad un elevato livello di complessità aziendale appare determinante investire sulle informazioni e sulla loro diffusione in azienda.

Inoltre si ritiene opportuno evidenziare come una serie di indagini effettuate da diversi ricercatori mostrino

che i fattori che frequentemente impongono e guidano i cambiamenti in azienda sono:

- la compressione dei tempi tra decisione, azione e verifica dei risultati;
- l'accrescersi della specializzazione;
- il mutamento del modo del competere (che ad esempio in sanità non è mai esistito);
- l'approfondimento della conoscenza del «cliente» e il farne la base su cui assumere le decisioni aziendali.

Tavola 1



La conseguente necessità di una maggiore disponibilità e diffusione di informazioni in azienda determina una maggiore attenzione alla costruzione di sistemi informativi automatizzati la cui architettura, fortemente integrata, sia in grado di supportare sia le ordinarie funzioni gestionali sia le funzioni decisionali e direzionali.

**2. Data-warehouse**

**2.1. Informazioni per decidere**

Il termine *data-warehouse* è stato coniato da Inmon nel 1981 e sta a significare la realizzazione di un'architettura informatica finalizzata al cosiddetto «supporto alle decisioni»; più precisamente si intende la costruzione di un magazzino di dati, *data-warehouse*, attraverso l'acquisizione di dati dai sistemi informativi gestionali dell'azienda ( che possono essere eterogenei), la loro omogenizzazione, la loro eventuale integrazione con dati di provenienza esterna all'azienda, la loro trasformazione in informazioni significative per il *management* aziendale e la loro distribuzione in azienda dove le decisioni devono poter essere assunte nel modo più opportuno e veloce possibile.

L'elemento di novità è costituito proprio dalla concezione di unico sistema informativo aziendale articolato in due ambienti:

— l'OLTP (*On Line Transaction Processing*) che supporta la tradizionale attività di gestione dei dati *on line*

(sw gestionale: contabilità, personale, Cup, accettazione...);

— l'OLAP (*On Line Analysis Processing*) che supporta la raccolta dei dati dall'ambiente OLTP, li elabora attraverso particolari strumenti sw e li rende disponibili al *management* aziendale.

La domanda che ci si può porre è relativa al «perché è necessario costruire un *data-warehouse*».

Oltre alle considerazioni di carattere strategico legate ai vantaggi che derivano dalla disponibilità di informazioni finalizzate al supporto decisionale, esistono delle considerazioni di carattere tecnico:

— analisi complesse richiedono il coinvolgimento di una quantità enorme di dati da attingere con periodicità dai sistemi gestionali. A tale proposito si rimanda alla tavola 2 nella quale sono illustrate le evoluzioni negli anni dei *data-warehouse*;

— ciò comporta la necessità di costruire un database parallelo ma integrato, il *data-warehouse*, in quanto risulta incompatibile gestire tale mole di dati sulle medesime risorse *hardware* sui cui «girano» i normali sw applicativi, con il rischio di sottrarre una parte significativa della potenza di calcolo ai sistemi gestionali. A tale proposito si rimanda alla tavola 3 nella quale viene evidenziato il trend degli investimenti, in miliardi di dollari, delle aziende che hanno attivato soluzioni di *warehouse* parallelo;

— l'analisi dei dati viene realizzata, come vedremo, attraverso l'utilizzo di *software* specificamente dedicati.

L'approccio tradizionale per accedere alle informazioni in una base dati relazionale utilizza strumenti semplici basati su un linguaggio naturale o formale come sql. Esso risulta sicuramente insufficiente su grandi quantità di dati che richiedono di essere trattati per gestire *query* complesse o essere analizzati con tecniche particolari come ad esempio il *datamining* o il *data cube*.

**2.2. Architettura del data-warehouse**

Un'architettura classica di *data-warehouse* è sostanzialmente composta da un *data base* (il *data-warehouse*) e da alcuni moduli *software* (tavola 4):

1) un primo modulo funzionale composto da due strati sw di cui:

— il primo, chiamato di *Data Transformation*, finalizzato alla acquisizione/omogenizzazione dei dati che provengono dai sistemi informativi gestionali (OLTP);

— il secondo, chiamato di *Data Management*, orientato alla gestione vera e propria delle tabelle del *data-warehouse*;

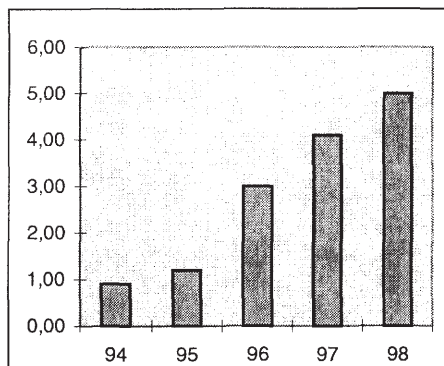
2) un secondo modulo funzionale costituito dal *data-warehouse*, che normalmente viene realizzato con un *Relational Data Base Management System*, nel quale vengono inserite ag-

**Tavola 2 - Evoluzione dei sistemi informativi direzionali e supporto delle decisioni**

Tipo di supporto	Periodo	Caratteristiche
Decision Support System .....	80-88	30-50 Gbyte dati
Decision Enabling System .....	88-92	50-500 Gbyte
Decision Transformation System .....	92-95	100 Gbyte-1 Tbyte
Real-Time Decision Intelligence System .....	> 95	alcuni Tbyte

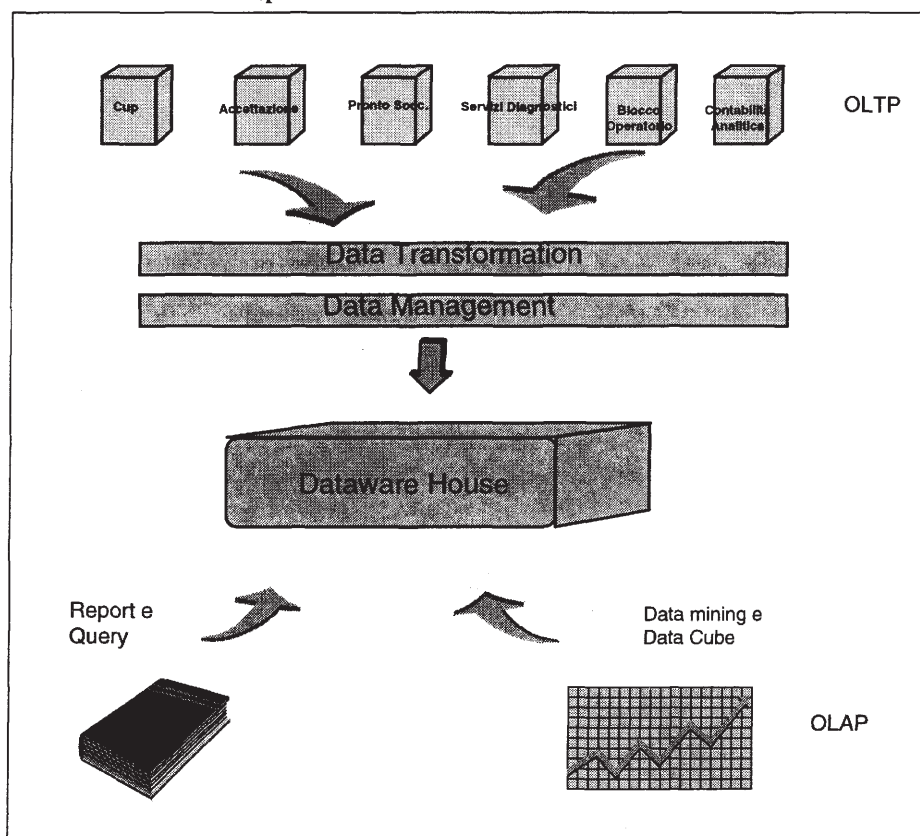
Fonte: Coopers & Lybrand.

**Tavola 3 - Mercato mondiale dei DSS abbinati a piattaforma di calcolo parallela in miliardi di dollari**



Fonte: Coopers & Lybrand.

Tavola 4 - Architettura tipo di data-warehouse



gregazioni e/o sintesi dei dati provenienti dai sistemi informativi gestionali attraverso l'utilizzo dei moduli sw sopraindicati;

3) un terzo modulo funzionale costituito da uno o più strumenti *software* di accesso, elaborazione, rappresentazione grafica dei dati nonché di distribuzione delle informazioni in azienda (OLAP).

Per quanto concerne quest'ultimo aspetto appare importante evidenziare l'emergere di nuove metodologie e strumenti di accesso, analisi, elaborazione, rappresentazione grafica e distribuzione delle informazioni in relazione a due tipi di metodologie di approccio ai dati.

Per quanto concerne le metodologie di analisi dei dati, Immon, padre del *data-warehousing*, chiama «agricoltori» coloro che si dedicano ad analisi in cui i dati vengono utilizzati per sostan-

ziare o quantificare una correlazione nota: chi effettua analisi di dati utilizzando *query* tradizionali o la statistica tradizionale cerca, di norma partendo da un modello/interpretazione di un fenomeno, una conferma a fatti che ipotizza o conosce già (metodo deduttivo).

Gli «esploratori», al contrario cercano di scoprire correlazioni non note, comportamenti organizzativi non ipotizzabili a priori: chi cerca informazioni utili che ignora in partenza, cerca di interpretare i fenomeni che studia scavando tra i dati (*Data Mining*), collegandoli tra loro e cercando una loro lettura contemporaneamente attraverso più variabili (metodo misto induttivo-deduttivo). Quest'ultimo approccio utilizza oltre a tecniche e strumenti *software* di *data mining* anche recenti soluzioni informatiche dette *DataCube* (o anche *Data Mart*), nuova modalità di analisi multidimensio-

nale dei dati attraverso la quale è possibile analizzare dati, di natura diversa, contenuti nel *dawarehouse*, contemporaneamente attraverso più variabili di analisi (dimensioni attive).

(Le soluzioni tecnologiche soprarichiamate vengono spesso indicate come soluzioni di *Business Intelligence* e con una certa frequenza il termine *Olap* viene utilizzato per definire l'insieme di strumenti informatici tipici degli «agricoltori» contrapposti al *Datamining* e al *DataCube* che sono gli strumenti principali degli «esploratori»).

La differenza tra i due approcci dal punto di vista tecnologico è sostanziale in quanto nel primo caso sono possibili analisi su *set* di dati limitati mentre il secondo tipo di approccio, dovendo scoprire una correlazione ignota, determina l'opportunità di analizzare, e quindi trattare informaticamente, una consistente quantità di dati. Ciò conferma l'esigenza di *warehouse* paralleli come visto al punto 2.1.

Un sistema di *Data-warehouse* integra normalmente diversi strumenti di B.I. in modo tale da supportare il processo di costruzione delle informazioni per il supporto decisionale sia attraverso il metodo deduttivo sia attraverso il metodo induttivo.

Anche l'offerta tecnologica di soluzioni *software* tende ad abbinare diversi strumenti di B.I., inoltre consentendo diverse modalità di distribuzione dei dati in azienda.

Come sempre non esiste lo strumento migliore ma lo strumento che meglio si adatta alle esigenze informative degli utilizzatori considerando i costi di acquisto, la facilità di introduzione e personalizzazione del *software*, la completezza delle funzioni. Per quanto riguarda le esigenze degli utilizzatori, in tavola 5 sono evidenziate alcune soluzioni tecnologiche in riferimento ad una sintesi delle esigenze informative.

**Tavola 5 - Esigenze di supporto decisionale e possibili soluzioni**

Soluzione	Tipo di approccio	Esigenze coperte
<i>Query e report</i>	Deduttivo	Risposte a domande specifiche, monitoraggio di fenomeni specifici, controlli anche di dettaglio, analisi su ciò che è già avvenuto ( <i>ex post</i> )
Metodi statistici tradizionali	Deduttivo	Partendo da un modello di interpretazione di un fenomeno si cerca una conferma attraverso i fatti desunti dai dati; si formalizzano modelli, in parte noti, e sono possibili previsioni e simulazioni
Olap	Deduttivo e parzialmente induttivo	Esplorazione di dati, ricerca di correlazioni dei dati, ricerca di modelli interpretativi che normalmente non è possibile formalizzare
<i>Data mining e data cube</i>	Ciclico (induttivo + deduttivo)	Si mettono insieme sia tecniche esplorative sia tecniche confermative in una logica ciclica: si identifica un modello e si verifica la sua robustezza: se non è soddisfacente si modifica il modello e si procede al suo <i>test</i> e così via

In tavola 6 viene esposta una matrice di posizionamento delle tipologie di strumenti di B.I. rispetto alle esigenze informative e ai costi di introduzione/utilizzo degli stessi.

In tavola 7, utilizzando la stessa matrice, viene evidenziato il posizionamento di alcuni prodotti del mercato rispetto alla complessità e alla completezza delle funzioni.

Per quanto concerne la distribuzione dei dati in azienda questi nuovi prodotti *software* offrono diverse soluzioni tra cui:

- le classiche soluzioni *client-server* che consentono la massima funzionalità a livello di singola stazione di lavoro ma che richiedono l'acquisto e l'installazione di *software* specifico sulla stazione *client* (costi investimento);

- oppure la distribuzione sulle stazioni di lavoro dei vari Responsabili di *briefing-book* costituiti dalla predisposizione di percorsi di analisi multidimensionale dei dati che in tal modo e con investimenti contenuti, possono essere letti dai vari livelli del *management* aziendale;

- e, da ultimo, la predisposizione di pagine *web intranet* riportanti i ri-

sultati delle analisi condotte, e che possono essere consultate, a costi estremamente contenuti, da tutta l'organizzazione aziendale.

### 3. Il progetto di costruzione del *data-warehouse* nell'Azienda Ussl 33

#### 3.1. Obiettivi

Il progetto in corso presso l'Azienda Ussl di Rho nasce in seguito a una

serie di considerazioni relative ai vantaggi competitivi dovuti agli investimenti nell'area della gestione-elaborazione-diffusione delle «informazioni» e dalla scelta di completare il sistema informativo automatizzato aziendale nei suoi aspetti «gestionali» e «direzionali» (Camussone *et al.* 1990).

Per quanto riguarda la costruzione del sistema informativo direzionale si sono ritenute fondamentali alcune caratteristiche di fondo:

- utilizzare, in modo prevalente, i dati già contenuti nei *database* gestionali con l'obiettivo di poter correlare tra loro dati di carattere diverso (ad es. costi-ricavi con attività e prodotti di una data unità organizzativa);

- evitare la creazione di sistemi informativi «paralleli» e spesso non coerenti con i dati gestionali (cosa frequentemente verificatasi in sanità soprattutto per quanto concerne alcuni progetti di controllo di gestione);

- disporre di informazioni per il supporto strategico dell'alta direzione utilizzando strumenti complessi di analisi, elaborazione e rappresentazione dei dati;

- disporre di informazioni e strumenti in grado di supportare il proces-

**Tavola 6 - Tipologie di strumenti rispetto a esigenze informative e costi**

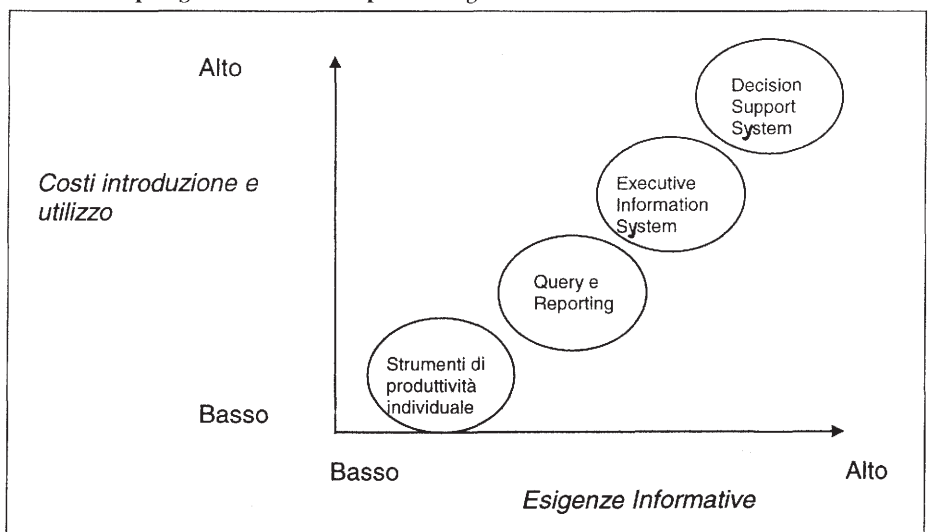
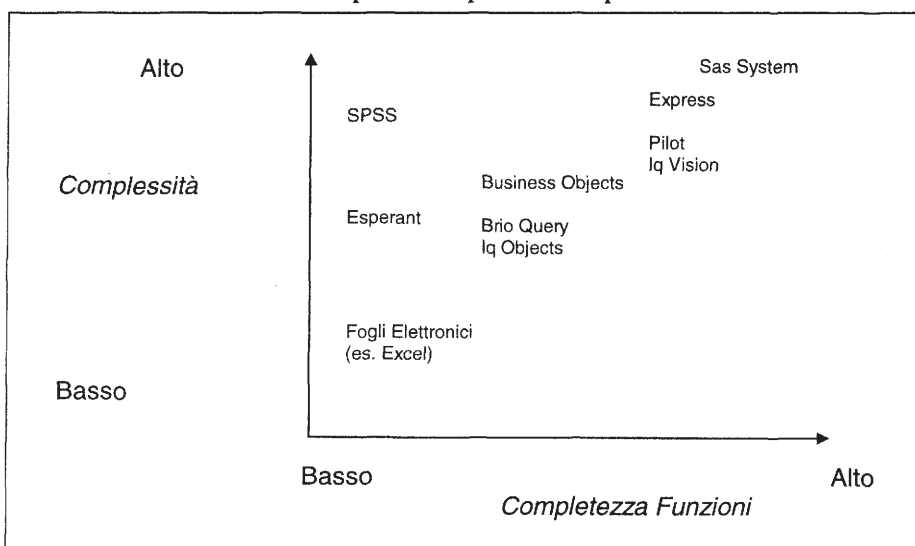


Tavola 7 - Prodotti del mercato rispetto a complessità e completezza delle funzioni



so di programmazione e controllo di gestione inteso come processo di forte orientamento alla responsabilizzazione dei dirigenti sugli obiettivi e sui risultati da conseguire con minor enfasi sul controllo economico-finanziario tipico di alcuni precedenti approcci al controllo di gestione;

— predisporre uno strumento estremamente flessibile, in grado di adattarsi a realtà diverse o a simulazioni organizzative;

— predisporre uno strumento facilmente utilizzabile da parte di diversi «attori» aziendali: Direzione generale, Sistemi informativi, *Controller*, Consulenti...;

— predisporre uno strumento *software* basato su sistemi aperti e *standard* (quindi adattabile a diverse realtà multi-aziendali o multi-presidi, a diverse piattaforme tecnologiche), con costi particolarmente contenuti ma coerente con le emergenti tenden-

ze e metodologie di analisi e rappresentazione dei dati aziendali.

### 3.2. Metodologia di progetto

Si è concordato un percorso che prevedeva la costituzione di un gruppo di lavoro, un piano di lavoro, tempi entro cui effettuare sia le fasi realizzative sia le fasi di verifica previste.

Il *team* di lavoro era principalmente composto da un gruppo di addetti dell'Ussl di Rho (*staff* Sistemi informativi & organizzazione), un gruppo di lavoro di Bull SpA (analisti, programmatori), un gruppo di referenti esterni (Direttori sanitari, Direttori amministrativi, *Controller*, Consulenti d'azienda).

La tavola 8 evidenzia tempi e fasi del progetto.

Nel corso del progetto sono state evidenziate come particolarmente critiche e complesse sostanzialmente due tipologie di attività:

1) la definizione dei meta dati che sono le aggregazioni delle informazioni contenute nel *data-warehouse* e descrivono principalmente:

— le modalità di caricamento dei dati in termini di: informazioni da im-

Tavola 8 - Tempi e fasi del progetto

Fase	Tempo previsto	Tipologia attività	Attori coinvolti
Costruzione prototipo	45 giorni/uomo (ott. '96-metà dic. '96)	Definizione architettura generale Definizione del <i>data warehouse</i> Modalità di popolamento del dwh Regole di generazione delle informazioni aggregate e loro fonti Prima definizione delle analisi multidimensionali da realizzare	<i>Team</i> di progetto
Analisi della soluzione prototipale	15-20 giorni (metà dic. '96-fine gen. '97)	Demo riservate di verifica della soluzione prototipale	<i>Team</i> progetto Università-Istituti ricerca Aziende Ussl Aziende ospedaliere Società di consulenza
Realizzazione soluzione definitiva	90 giorni/uomo (fine gen. '97-fine apr. '97)	Definizione dei <i>meta-data</i> (regole popolamento dwh) Ritaratura prototipo Definizione <i>query</i> Analisi definitiva <i>datacube</i>	<i>Team</i> di progetto

mettere, fonti (tabelle di riferimento), volume, periodicità;

— la trasformazione dei dati al loro ingresso nel *data-warehouse* (omogenizzazioni dei dati provenienti da db gestionali diversi);

— le regole di generazione delle informazioni aggregate.

Ciò ha comportato considerazioni circa:

— la scelta dell'elemento numerico minimo considerabile (ad es. il singolo emocromo o la somma degli emocromi evidenziando che qualora si scelga la seconda soluzione, cioè la somma degli emocromi, non sarà più possibile ottenere una riaggregazione delle informazioni per singolo cittadino);

— la scelta di una possibile duplicazione di parti consistenti dei db gestionali (ad es. Schede di dimissione ospedaliera...);

— la scelta della periodicità di acquisizione automatica dei dati dai db gestionali evidenziando che sotto la soglia prescelta (da noi 1 mese) non è possibile alcun tipo di analisi;

2) la definizione dei *data cube* che sono i «cubi» su cui effettuare le analisi multidimensionali. In questo caso gli strumenti *software* oggi disponibili pongono due tipi di alternative:

— definire un solo «cubo» di analisi nel quale indicare tutte le informazioni oggetto di analisi e tutte le variabili di analisi che si intenderanno utilizzare. Questa soluzione se da un lato consente di poter effettuare qualsiasi analisi su tutto il *data-warehouse* comporta difficoltà sia in fase di definizione delle variabili di analisi (che vanno tutte definite *ex ante*) sia in fase di lettura delle tavole (gli specialisti di analisi multidimensionale sconsigliano, pena errori di interpretazione, di «tenere aperte» più di 10 variabili di analisi contemporaneamente);

— definire «cubi» per analisi di nicchia che serviranno ciascuno per alcune tipologie di analisi. Questa soluzione consente analisi maggiormente approfondite su *set* di dati contenuti nel *datawarehouse*, comporta minor attenzione in fase di predefinizione delle variabili di analisi in quanto è sempre possibile costruire altri «cubi» di analisi. Presenta dei limiti nella correlazione di più di due cubi contemporaneamente (anche se una adeguata predefinizione dei cubi non richiede la sincronizzazione di più di due cubi per volta).

La seconda soluzione, a nostro parere, consente maggiore elasticità e analisi maggiormente approfondite ma richiede di predefinire alcune strategie di analisi, pur senza negare la possibilità di costruire altri «cubi di analisi» *ad hoc*.

### 3.3. Architettura del data-warehouse dell'Ussl di Rho

Il sistema informativo direzionale della USL di Rho è caratterizzato da un notevole grado di integrazione fra i diversi livelli che ne compongono l'architettura, fra i quali evidenziamo:

- livello di base dati direzionale;
- livello di sistema di controllo e di gestione dei dati;
- livello di strumenti di analisi e rappresentazione delle informazioni.

#### 3.3.1. Base dati direzionale

Uno dei risultati più attesi dal sistema direzionale riguarda la possibilità di analizzare, e soprattutto di correlare, qualunque tipologia di informazione prodotta dai sistemi informativi gestionali dell'Azienda.

Per rispondere adeguatamente a questo obiettivo, l'architettura del *data-warehouse* è stata strutturata in modo di raccogliere, classificare e di

correlare fra loro informazioni relative a:

— struttura (risorse, dotazioni, ecc.);

— dati economici (ricavi, costi, consumi, ecc.);

— attività (prestazioni diagnostiche e specialistiche, DRG, ecc.).

In questo modo la base dati a disposizione dell'utente finale (per interrogazioni, analisi, simulazione) ricopre uno spettro di informazioni pressoché completo.

Inoltre, sempre nell'ottica di facilitare l'attività di analisi da parte degli utilizzatori del sistema, l'architettura del *data-warehouse* consente di propagare automaticamente i dati dalla base dati principale (*data store*) a basi dati specifiche (*data mart*), che all'occorrenza sono naturalmente correlabili fra loro. Quest'ultimo processo detto di sincronizzazione di due cubi diversi su una variabile comune consente ad esempio di sincronizzare un cubo di analisi dei costi con un cubo di analisi della produzione su una variabile temporale (ad es. un dato periodo dell'anno).

#### 3.3.2. Sistema di controllo e gestione dei dati

Come abbiamo visto i dati, dopo essere stati validati e resi omogenei dalla funzione di acquisizione dati (*data transformation*), vengono inseriti nel *data-warehouse* così come vengono prodotti dai gestionali. La funzione di *data management* consente a questo punto di riclassificare in modo differente le informazioni raccolte facilitando l'esecuzione di analisi/simulazioni diversificate.

Tale riclassificazione avviene attraverso la definizione di «viste» che consentono di aggregare i dati in modo differente. In modo particolare relativamente alle seguenti tipologie di informazioni:



— definizione struttura formale dell'azienda (Centri di costo/Responsabilità);

— definizione struttura dei Fattori produttivi (Voci di spesa/Ricavo);

— definizione struttura dei Prodotti attività (Prestazioni diagnostiche e specialistiche, Degenze, Interventi chirurgici, ecc.).

Prendendo come esempio la funzionalità di definizione della struttura organizzativa dell'azienda (CdR, CdC) il sistema consente:

— di rappresentare tutte le unità organizzative elementari che costituiscono l'Azienda;

— di rappresentare i vari livelli di responsabilità aziendale (aggregazione di UU.OO. elementari);

— di correlare ciascuna unità organizzativa con i vari livelli di responsabilità da cui dipendono.

Inoltre è possibile ripetere questo tipo di funzione per un illimitato numero di configurazioni organizzative facilitando così attività di simulazione e di valutazione di ipotesi organizzative alternative (ad esempio cosa si verificherebbe nel caso in cui si passasse ad una organizzazione per dipartimenti anziché per divisioni).

Lo stesso criterio di aggregazione viene utilizzato anche per la definizione della struttura dei Fattori produttivi e della struttura delle attività. Ad esempio per quanto concerne i Prodotti intermedi (prestazioni diagnostiche e specialistiche) sono state create due «viste»:

— una in relazione alla complessità delle prestazioni prodotte ottenuta attraverso l'utilizzo di un sistema di pesi;

— una in relazione al distretto anatomopatologico cui sono finalizzate tali attività.

In questo modo saranno possibili due direttrici di analisi dei medesimi dati: la prima ad esempio sulla complessità della produzione aziendale ar-

tiolata per unità organizzative; la seconda ad es. sulla allocazione di risorse/attività per linea di prodotto (attività/costi per patologie cardiovascolari).

Questo sistema di aggregazione delle informazioni consente, come vedremo di seguito, di ottenere automaticamente una reportistica diversificata per livello di aggregazione.

Appare opportuno precisare che al di là del livello di aggregazione delle informazioni sopradescritto, la particolare struttura delle tabelle del *data-warehouse* consente di raccogliere informazioni a diversi livelli di dettaglio: ad esempio le tabelle dei prodotti intermedi (prestazioni diagnostiche) prevedono diversi livelli di dettaglio singola prestazione per singolo paziente, singola prestazione per CdC produttore/acquirente, raggruppamento tipo prestazioni per produttore/acquirente. Le caratteristiche di aggregazione delle informazioni descritte conferiscono al sistema un elevato grado di flessibilità.

Nella tavola 9 viene evidenziata la videata del sistema di controllo e ge-

stione della base dati (per gli appassionati realizzata con Delphi).

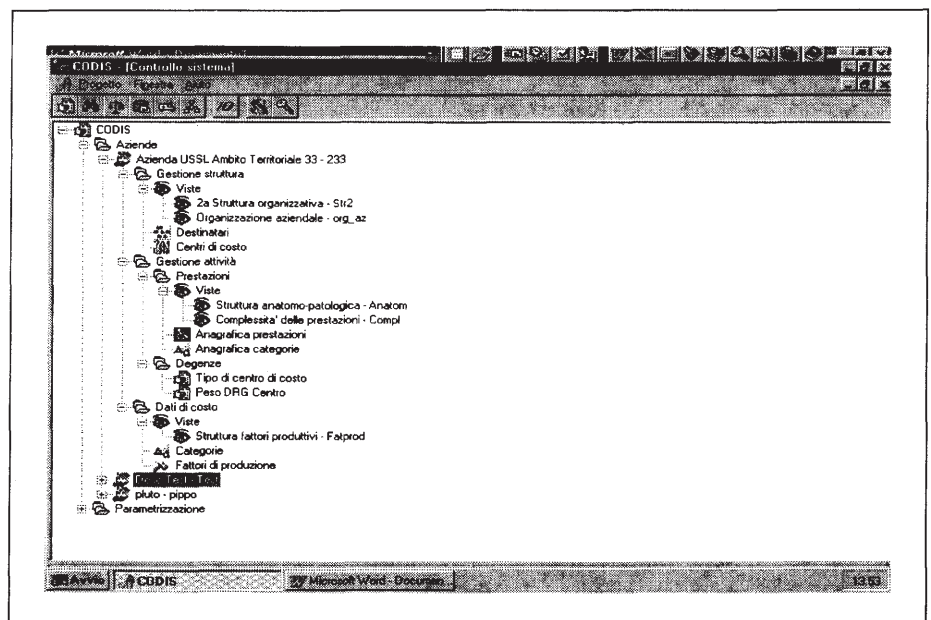
### 3.3.3. Rappresentazione dei dati e analisi delle informazioni

Nel progetto in corso all'Ussl di Rho la fase di analisi e rappresentazione delle informazioni contenute nel *data-warehouse* è stata sviluppata utilizzando uno strumento indirizzato al reporting direzionale e uno strumento di analisi multidimensionale.

Il modulo di *reporting* prevede per i clienti del sistema informativo direzionale la consultazione di una serie di *report* predefiniti e l'utilizzo dello strumento sw per la predisposizione di *query* e *report* estemporanei che possono essere realizzati direttamente su tutte le informazioni del *data-warehouse* in relazione alle esigenze del cliente del sistema (Direzione generale, *Controller*, Direzione sanitaria...).

Nel caso in cui i report predisposti non siano esaustivi è possibile predisporre altre *query/report* su qualsiasi tabella e campo del *data-warehouse*

Tavola 9



utilizzando lo strumento sw a disposizione. La creazione di *report* è abbastanza semplice e intuitiva così come si evidenzia in tavola 10. Sulla sinistra del video compare la struttura di tutte le tabelle e di tutti i campi del *data-warehouse* mentre sulla destra del video compare la tavola (*report*) su cui trascinare col *mouse* i campi sui quali sono eseguibili operazioni aritmetiche e statistiche (tavola 11).

Il modulo di analisi multidimensionale consente invece di correlare informazioni di natura diversa (ad es. costi-ricavi con attività e struttura organizzativa) e si basa su *data mart* (partizioni particolari della base dati del dwh) specifici. In particolare ogni *data mart* è rappresentato da un cubo multidimensionale (rappresentazione e analisi di dati non avviene più attraverso una analisi bidimensionale ma attraverso l'utilizzo di più dimensioni di analisi contemporanee). Il cliente finale può, ad es. ottenere viste multidimensionali selezionando tra un numero quasi infinito di modi iniziando dal livello più generale di presentazione delle informazioni e via via scendendo a un livello di maggior dettaglio. Può inoltre esaminare simultaneamente più grafici diversi e matrici, ruotando le dimensioni, evidenziando porzioni di dati, aumentando o diminuendo il dettaglio (*drill-down* e *drill-up*), evidenziare le differenze usando colori (*traffic light*), cambiando il formato della presentazione, definire nuovi calcoli o criteri di eccezione.

Nel progetto in corso all'Ussl di Rho sono stati definiti *data-mart* specifici per supportare queste attività di analisi dinamica e multidimensionale. In particolare si sono scelte due logiche di analisi dei dati:

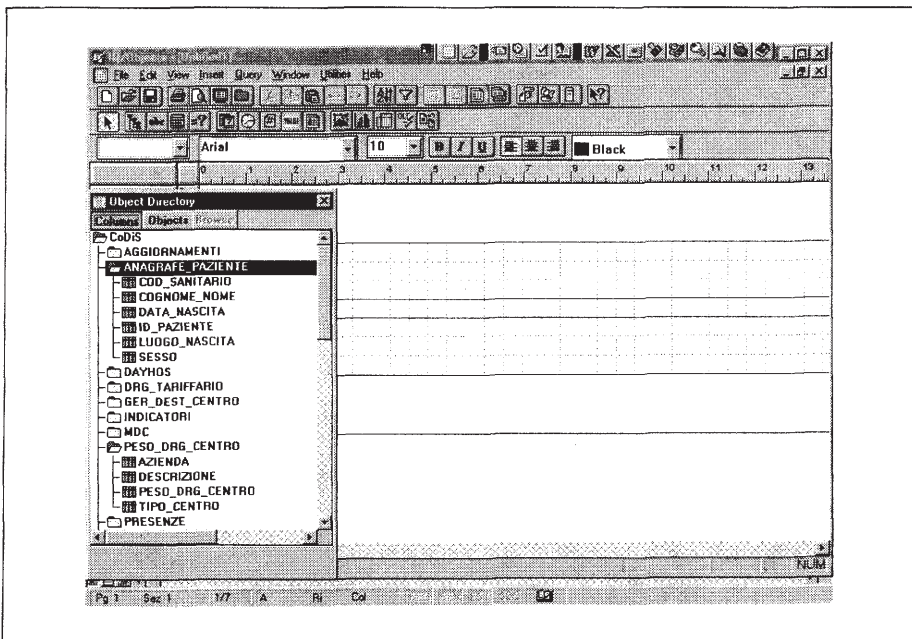
— una per profilo produttivo (prestazioni ricavi e costi per unità organizzativa di produzione);

— una per processo di produzione (prestazioni ricavi e costi ridistri-

**Tavola 10 - Esempio di query e report disponibili per l'area ospedaliera**

Titolo	Contenuto
1. Elenco DRG prodotti	DRG, descrizione DRG, peso unitario, q.ta, % sul totale dei casi, peso totale, ricavo Ordinato per: — frequenza, peso unitario, peso totale
2. Riepilogo per MDC	MDC, descrizione MDC, q.ta DRG, % sul totale casi, peso totale, ricavo Ordinato per: — frequenza (q.ta DRG), peso unitario, peso totale
3. DRG anomali	DRG, descrizione DRG, gg. soglia, media deg., q.ta in soglia, q.ta fuori soglia, % fuori soglia, n. gg. deg. fuori soglia Filtro: solo DRG fuori soglia Ordinato per: — q.ta fuori soglia
4. Riepilogo DRG anomali	Reparto, media deg., totale casi, q.ta 1° percentile soglia, q.ta 2° percentile soglia, q.ta 3° percentile soglia, q.ta 4° percentile soglia, q.ta fuori soglia, % fuori soglia, n. gg. deg. fuori soglia Filtro: solo DRG fuori soglia Ordinato per: — q.ta fuori soglia
5. Riepilogo ricavi	Destinatario (reparto), q.ta DH, ricavo DH, q.ta 1 gg., q.ta in soglia, q.ta fuori soglia, ricavo ordinari, ricavo totale
6. Attrazione per provenienza	Regione, USL, DRG, q.ta, gg. soglia, gg. degenza media per DRG, gg. fuori soglia, ricavo Filtro: tutte le USL diverse da quella in <i>input</i>
7. Attrazione per reparto	Reparto, DRG, q.ta, gg. soglia, gg. degenza media per DRG, gg. fuori soglia, ricavo Filtro: tutte le USL diverse da quella in <i>input</i>
8. Fuga per destinazione	Regione, USL, DRG, q.ta Filtro: tutte le USL diverse da quella in <i>input</i>
9. Fuga per specialità	Specialità, DRG, q.ta Filtro: tutte le USL diverse da quella in <i>input</i>
10. Riepilogo attrazione e fuga	DRG, q.ta (casi trattati inclusa attrazione), q.ta sola attrazione, q.ta in fuga. Impostare <i>report</i> con periodo estrazione e almeno due periodi di confronto
11. Tempi pre e post operatori per DRG	DRG, tipo DRG, q.ta, n. interventi, media gg. pre-operatori, media gg. post-operatori (ultimo intervento), degenza media, valore soglia, gg. degenza totali, gg. fuori soglia, perc. fuori soglia
12. Dettaglio DRG anomali 1, 2, 3 gg.	Reparto, DRG, nosologico, data ricovero, data dimissione, gg. degenza, valore soglia, sesso, età
13. Dettaglio DRG anomali fuori soglia	Reparto, DRG, nosologico, data ricovero, data dimissione, gg. degenza, valore soglia, gg. fuori soglia, percentuale, sesso, età
14. Ricoveri ripetuti	Cod. sanitario, nosologico, reparto ammissione, reparto dimissione, DRG, MDC, data ricovero, data dimissione, gg. degenza, diagnosi (tutte), interventi (tutti)

Tavola 11 - Esempio di consultazione delle tabelle e dei campi del *data-warehouse* per costruzione di *report ad hoc*



che, specialistiche, interventi chirurgici...);

— dettaglio fattori produttivi;

2) un secondo gruppo di cubi riferito alle stesse tipologie di informazioni ma più orientato ad un utilizzo da parte delle Direzioni intermedie basato ovviamente su un livello di maggior aggregazione delle informazioni senza peraltro escludere la possibilità per le direzioni intermedie di utilizzare, per approfondimenti, i cubi di dettaglio;

3) un terzo gruppo di cubi che sintetizzano, attraverso una logica di cruscotto direzionale e l'utilizzo di indicatori gestionali e di costo-ricavo, il posizionamento/*performance* dell'azienda.

In tavola 12 viene evidenziata una videata esemplificativa del sistema di analisi multidimensionale dove è sem-

buito su tutte le UU.OO. che hanno contribuito alla realizzazione di un dato prodotto ad es. Drg).

All'interno delle due linee/direttrici di analisi sono stati realizzati:

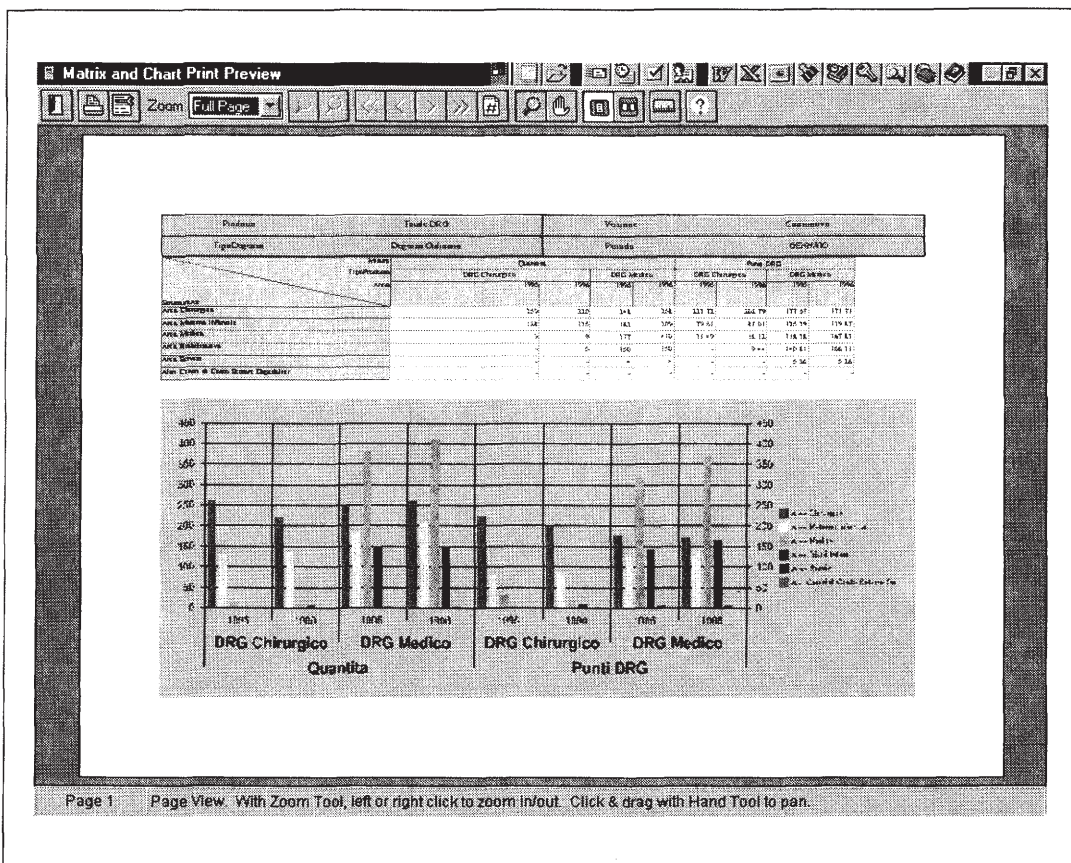
1) un primo gruppo di cubi il cui livello di analisi consente di raggiungere una rappresentazione molto analitica delle informazioni (*drill down*) relativamente a:

— *case mix* ospedaliero con orientamento all'offerta (*focus* su caratteristiche UU.OO. di produzione);

— *case mix* ospedaliero con orientamento alla domanda (*focus* su caratteristiche clienti del sistema);

— *case mix* relativo ai prodotti intermedi (prestazioni diagnosti-

Tavola 12



pre disponibile sia la rappresentazione numerica sia la rappresentazione grafica delle informazioni contenuti nel *data-warehouse*.

#### 4. Conclusioni

La forte spinta all'aziendalizzazione del sistema sanitario comporta una necessaria attenzione alle logiche di riferimento e alla costruzione dei sistemi informativi aziendali. Da anni si assiste, nella costruzione dei sistemi informativi aziendali, ad una ricerca verso il massimo livello di integrazione possibile tra sistemi gestionali e sistemi di supporto decisionale (Camussone *et al.* 1990, Wisemann 1987).

Con frequenza, al contrario e soprattutto in sanità, si assiste ad una proliferazione di offerte/soluzioni *software* che non solo tendono a frazionare il sistema informativo aziendale ma spesso supportano ad es. la creazione di sistemi di controllo di gestione paralleli, non integrati e che sottintendono l'accettazione di una predefinita metodologia di riferimento (il famoso programmino che costa poco e consente subito di ottenere risultati).

I risultati di tale approccio in sanità sono evidenti:

— inesistenza di una cultura della trasparenza, della distribuzione e dell'utilizzo dell'informazione in azienda;

— scarsa attenzione ai sistemi informativi aziendali nel loro complesso;

— esistenza di sistemi informativi fortemente destrutturati, tecnologicamente obsoleti che più che rispondere a logiche di carattere aziendale rappresentano specifiche esigenze settoriali (il sistema del magazzino piuttosto che il sistema della radiologia...);

— pressoché totale inesistenza di *staff* ad essi specificamente dedicati con un ruolo formalmente riconosciuto;

— forte presenza di società di consulenza o di singoli consulenti che diventano nei fatti «gli integratori» dei vari sistemi propugnando scelte di gare d'appalto di tipo settoriale con il fine di trovare «il prodotto migliore al prezzo inferiore» come se esistesse il prodotto *software* migliore e non, al contrario, il prodotto che meglio supporta la miglior sinergia tra sistema informativo e sistema organizzativo di una data azienda.

La strategia dell'utilizzo di strumenti di *data-warehouse* richiede invece due scelte di fondo:

— pianificare e costruire un sistema informativo aziendale come sistema complessivo, fortemente integrato sia nei suoi aspetti/realizzazioni gestionali sia nei suoi aspetti/realizzazioni di supporto decisionale;

— attivare una banca dati per il supporto decisionale (nei suoi aspetti strategici e di programmazione e controllo e quindi non solo finalizzata al controllo di gestione) che non condizioni ma supporti qualsiasi approccio metodologico al supporto decisionale, di

analisi e pianificazione organizzativa, di programmazione e controllo di gestione.

#### BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1996), *Db multidimensionali*, ZeroUno, Set 96.  
AA.VV. (1997), *Dentro al data mining*, ZeroUno, Apr 97.  
ANTHONY (1992), *Controllo di gestione*, McGraw Hill, Milano.  
ANTHONY (1967), *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas, Milano.  
CAMUSSONE ET AL. (1990), *Informatica aziendale*, Egea, Milano.  
CERI (1996), *L'innovazione della tecnologia*, Informatica & Unix, Set 96.  
CORTONA (1996), *Minatori nel giacimento di dati*, ZeroUno Set 96.  
GRAY J. ET AL. (1996), *Data Cube: a relational aggregation operator generalizing group by, cross-tab and sub-totals*, Ieee Transactions and Data Knowledge Engineering 96  
INMON W.H. (1996), *Building the data-warehouse*, John Wiley, NY.  
INMON W.H. (1994), *Using the data-warehouse*, John Wiley, NY.  
MERLINI (1995), *Il data-warehouse*, Office Automation, Lu-Ag 95.  
MICALI (1996), *I dati in azione*, Informatica & Unix, Lu-Ag 96.  
RENZI (1996), *Una rete per il data-warehouse*, ZeroUno, dic 96.  
RIZZI (1996), *Nella giungla dei data-warehouse*, Informatica & Unix, Lu-Ag 96.  
SIMON (1988), *Informatica, direzione d'azienda e organizzazione del lavoro*, F. Angeli, Milano.  
SIMON (1995), *I want a data-warehouse. So what is it again?*, Db Design and Processing, Dec 95.  
TURCONI (1996), *Rengineering attorno al data-warehouse*, ZeroUno, Ott 96.  
WISEMANN (1987), *Strategia e computer*, Cedam, Padova.

# LA VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO DELL'UNITÀ DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE DELL'OSPEDALE DELLA USL DI GARBAGNATE

di Andrea Francesconi<sup>1</sup>, Silvia Maggioni<sup>1</sup>, Marialisa Motta<sup>1</sup>, Furio Zucco<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Unità di terapia del dolore e cure palliative, Ospedale della AUSL 32 di Garbagnate (Milano)

**SOMMARIO:** 1. Limiti e potenzialità della introduzione di sistemi per la valutazione dell'equilibrio economico dei Centri di responsabilità nelle aziende sanitarie - 2. Il modello organizzativo dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative e la classificazione delle attività svolte - 2.1. La valorizzazione delle attività svolte dall'Unità di terapia del dolore e cure palliative - 2.2. I costi delle attività ed il calcolo dei margini di contribuzione - 2.3. Considerazioni conclusive.

## 1. Limiti e potenzialità della introduzione di sistemi per la valutazione dell'equilibrio economico dei Centri di responsabilità nelle aziende sanitarie

La introduzione di sistemi di finanziamento correlati ai volumi di prestazioni per le aziende ospedaliere e per la quota relativa alla mobilità esterna delle aziende USL sancita con i D.L. vi 502/92 e 517/94 e con il D.L. vo del 15 aprile 1994 (attuativo dell'art. 8 del D.L. vo 502/92), sta condizionando in modo rilevante il funzionamento del sistema sanitario nazionale, influenzando sia sul piano delle relazioni tra le aziende sanitarie e le Regioni che sul piano dei rapporti inter-aziendali.

Oltre ad indurre cambiamenti a livello di sistema complessivo, i meccanismi di finanziamento a tariffa stanno dando alle singole aziende sanitarie un forte impulso allo introduzione di sistemi di gestione che consentano di valutare sia l'equilibrio economico complessivo dell'azienda (USL o ospedaliera), che l'equilibrio di singole unità organizzative/comparti di attività interni alle aziende. Negli ultimi anni si è così assistito ad un rapido sviluppo di sistemi di con-

tabilità generale, sistemi di contabilità analitica articolati per centri di responsabilità e centri di costo e, più recentemente, alla introduzione di sistemi di *activity based costing* e *activity based management*.

Rimandando ad alcuni approfondimenti precedenti comparsi su questa stessa rivista l'analisi relativa al ruolo dei sistemi di tariffazione nel mutamento delle dinamiche complessive del sistema sanitario nazionale e delle relazioni tra differenti soggetti istituzionali (si vedano in particolare Del Vecchio, 1994, pagg. 36-45, e Zangrandi, Ramponi, Francesconi, 1994, pagg. 64-73), questo articolo si propone di illustrare sinteticamente i principali limiti e le potenzialità della introduzione di sistemi di valutazione dell'equilibrio economico a livello dei singoli Centri di responsabilità interni alle aziende e di descrivere un possibile percorso di riferimento per la introduzione di un sistema che consenta la determinazione dell'equilibrio economico di unità organizzativa facendo riferimento all'analisi di un caso concreto.

Preme innanzitutto sottolineare quali sono i limiti dell'approccio a questo tema che si sta diffondendo

nelle aziende sanitarie, secondo il quale è possibile responsabilizzare le unità organizzative ed esprimere giudizi relativamente al loro livello di efficienza e di efficacia gestionale sulla base del rapporto tra i costi e le tariffe delle prestazioni da queste erogate. Al fine di chiarire meglio i rischi legati a questo approccio e la scarsa significatività di decisioni di gestione fondate su valutazioni di convenienza economica che fanno riferimento al rapporto tra i costi e le tariffe delle singole unità organizzative, si ritiene opportuno fare alcune precisazioni.

In primo luogo occorre rilevare che a differenza dei prezzi, che rappresentano in modo adeguato il valore dei beni/servizi scambiati sul mercato dato che rendono espliciti i giudizi di convenienza delle controparti (rispettivamente a cedere e ad acquistare l'oggetto di scambio), le tariffe non possono essere considerate un corrispettivo adeguato a rappresentare il valore delle prestazioni sanitarie dal momento che:

---

Il primo paragrafo è a cura di A. Francesconi e M. Motta, i paragrafi 2 e 3 sono a cura di S. Maggioni, M. Motta e F. Zucco.

— non esprimono la convenienza delle singole aziende sanitarie a cedere una determinata prestazione, dato che sono fissate a livello ministeriale, o regionale (comunque imposte alle aziende dall'esterno);

— non esprimono l'effettiva utilità del paziente a ricevere una prestazione sanitaria, dato che la natura propria dell'attività sanitaria, che presuppone l'intervento medico non solo in fase di cura, ma anche di definizione del bisogno del paziente, rende particolarmente difficile definire il valore che le prestazioni sanitarie hanno per il paziente.

Questa prima precisazione è di per sé sufficiente a dimostrare la inconsistenza della tesi secondo la quale le unità operative con più alti livelli di efficacia e/o di efficienza sono necessariamente quelle con un migliore rapporto tra costi e tariffe. A titolo esemplificativo, al fine di chiarire ulteriormente il concetto, si consideri un centro di responsabilità che migliori la qualità delle prestazioni erogate (incremento dei livelli di efficacia) o che aumenti il numero di prestazioni erogate a parità di risorse utilizzate (incremento dei livelli di efficienza). In entrambi i casi l'azienda non potrà modificare le tariffe unitarie e dunque, a parità di altre condizioni, non si avrà alcuna variazione del rapporto tra costi e tariffe delle singole prestazioni; nel secondo caso inoltre, ogniqualvolta le tariffe siano inferiori ai costi della prestazione, un incremento del numero di prestazioni erogate comporterà un peggioramento del rapporto tra i costi e le tariffe della unità organizzativa.

I limiti dell'approccio indicato sono ulteriormente confermati dalla scarsa significatività delle tariffe attualmente in vigore nel nostro sistema sanitario nazionale, che può essere ricondotta sia alle modalità di determinazione delle tariffe indicate a livello ministe-

riale e regionale, che ad alcune peculiarità del contesto sanitario italiano. Più specificamente:

— a livello ministeriale le tariffe sono state fissate sulla base del sistema DRG in essere negli Stati Uniti, senza che questo sia stato in alcun modo adattato alla nostra realtà sanitaria nazionale e, più precisamente, senza verificare che la classificazione adottata negli USA rappresentasse anche nel nostro contesto sanitario gruppi di diagnosi omogenei per la quantità di risorse assorbite (verifica isorisorsività dei ROD) (si veda Del Vecchio, art. citato);

— i costi sulla base dei quali sono state definite le tariffe a livello regionale (1), che sono quelli di un campione di aziende selezionate dalle Regioni per gli elevati livelli di efficacia e di efficienza gestionale (come indicato dal D.L.vo del 15 aprile 1994), (si veda Francesconi A., in Zangrandi, Ramponi, Francesconi, art. citato):

a) non rappresentano necessariamente le condizioni produttive di tutte le aziende sanitarie che operano nel territorio regionale, date le rilevanti differenze che esistono anche tra aziende sanitarie di uno stesso contesto regionale;

b) non sono stati determinati con precisione, dato che anche le aziende sanitarie selezionate perché ritenute «eccellenti» sotto il profilo gestionale (che avevano già sviluppato sistemi di *budget* e sistemi di contabilità analitica per centri di costo), non avevano comunque predisposto sistemi informativi e di rilevazione che consentissero loro di determinare i costi per singolo caso trattato (2);

— i criteri indicati dal Ministero alle Regioni come riferimento per il calcolo delle tariffe rendono comunque il valore delle tariffe da queste determinate scarsamente significativo; a tale proposito si ricorda che le tariffe sono state ottenute come risultato del-

la somma dei costi diretti della prestazione, dei costi indiretti della unità operativa allocati alla singola prestazione sulla base del numero di prestazioni erogate e dei costi indiretti generali di azienda allocati sulla base del peso delle singole prestazioni. I criteri di allocazione dei costi indiretti indicati nel decreto hanno indotto un aumento dei costi (e quindi delle tariffe) per i DRG più complessi (cui è stata attribuita una quota superiore di costi generali) e hanno ridotto i costi (e le tariffe) dei DRG a minore complessità (si veda Francesconi A., in Zangrandi, Ramponi, Francesconi, art. citato).

Un terzo elemento da sottolineare è relativo al fatto che non tutte le prestazioni erogate dalle aziende sanitarie sono remunerate a tariffa. Infatti, come indicato nella parte iniziale del paragrafo, il sistema di finanziamento sulla base del volume di prestazioni erogate è attualmente in vigore soltanto per le aziende ospedaliere e per la quota relativa alla mobilità esterna delle aziende USL (3). Inoltre, occorre ricordare che non sono comunque remunerate a tariffa la gran parte delle attività erogate dai servizi territoriali delle aziende USL e alcune prestazioni erogate dalle divisioni/servizi delle aziende ospedaliere (es. alcune attività svolte dai servizi di anestesia e rianimazione). Il rapporto tra costi e tariffe non può dunque essere assunto come riferimento né per valutare la convenienza economica delle attività svolte dalle aziende USL, né per effettuare confronti tra i risultati economici di differenti unità organizzative interne alle aziende ospedaliere.

Occorre peraltro tenere presente che, anche qualora la direzione generale decida di fare riferimento ai valori dei costi e delle tariffe per esprimere alcune valutazioni di convenienza economica a livello di centro di responsabilità e per formulare alcune scelte strategiche e gestionali (es. apri-

re/chiudere, ampliare/ridurre alcune unità organizzative/comparti di attività), la grandezza che deve essere assunta a riferimento non è rappresentata dalla differenza tra le tariffe e i costi pieni (4) quanto piuttosto da (5):

— il primo o il secondo margine di contribuzione (rispettivamente la differenza tra tariffe e costi variabili e tra tariffe e costi variabili e fissi specifici) come grandezza di riferimento per:

a) decisioni di convenienza economica comparata tra diverse prestazioni (individuazione delle prestazioni economicamente più convenienti da erogare),

b) decisioni relative alla possibilità di eliminare o aggiungere alcune linee di prodotto (erogare nuove prestazioni o, eventualmente, sospendere l'erogazione di altre),

c) decisioni di *make or buy* (relative alle scelte di produzione all'interno o di acquisto all'esterno di determinate prestazioni);

— il margine di contribuzione su fattore scarso (rapporto tra il margine di contribuzione e il fattore che limita la capacità produttiva dell'unità organizzativa, es. tempo medico o infermieristico, ore di sala operatoria disponibili etc.), come supporto per formulare decisioni di convenienza economica in presenza di colli di bottiglia o di limiti alla capacità produttiva di uno o più centri di responsabilità.

Si ricorda infine che, dato che la finalità delle aziende sanitarie è quella di soddisfare il bisogno di salute della popolazione e non quella di massimizzare il risultato economico di azienda, qualsiasi valutazione di carattere economico deve comunque sempre essere affiancata da valutazioni tipo strategico. Un'analisi del posizionamento strategico della azienda USL o ospedaliera nel suo complesso e un esame del ruolo specifico delle singole unità organizzativa all'interno dell'azienda sono ritenute, in particolare, premesse

essenziali per interpretare in modo corretto le valutazioni di convenienza economica e per consentire al responsabile della unità operativa ed alla direzione generale di disporre di tutti gli elementi per una analisi completa delle alternative e una corretta assunzione delle decisioni. Così, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità a livello complessivo di azienda, è possibile che la direzione generale consideri l'opportunità di mantenere/sviluppare le unità organizzative con risultato economico negativo. Questo si verificherà, ad esempio, ogniqualvolta tali unità svolgano attività strategicamente rilevanti o in termini di beneficio sanitario/sociale per la popolazione (es. attività domiciliari, attività di prevenzione), o in termini di utilità/supporto per altre unità organizzative dell'azienda (come, ad es., unità organizzative che svolgono attività ospedaliere ad alto grado di complessità che, se pure non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario, contribuiscono a rafforzare l'immagine dell'azienda come polo di eccellenza clinica o unità organizzative che, pur avendo risultati economici negativi e pur non svolgendo attività critiche sotto il profilo strategico, sono di supporto ad altri centri di responsabilità (es. unità territoriali o servizi ospedalieri *versus* attività delle divisioni dei presidi della USL).

La principale potenzialità della introduzione di sistemi per la valutazione dell'equilibrio economico a livello di centro di responsabilità non risiede pertanto nella determinazione finale del risultato economico delle unità organizzative (la cui significatività è stata ampiamente messa in discussione), quanto piuttosto nella opportunità di seguire un percorso di analisi che consenta a tutti gli attori dell'organizzazione di disporre di informazioni (di attività/di costo) relative alle singole unità organizzative e all'azienda nel

suo complesso, sulla base delle quali assumere decisioni strategiche e gestionali. La introduzione di tali sistemi presuppone un forte coinvolgimento di coloro che operano all'interno delle unità organizzative in tutte le fasi dell'analisi e questo contribuisce a diffondere nelle aziende sanitarie alcuni concetti essenziali della cultura gestionale.

Più specificamente, la individuazione e l'analisi delle attività e delle risorse impiegate dalle singole unità organizzative, che costituisce il nucleo centrale della introduzione di sistemi di valutazioni di convenienza economica di centro di responsabilità consente di:

— fornire al responsabile dell'unità organizzativa le informazioni necessarie per formulare i propri obiettivi di budget e valutare l'efficacia gestionale della propria unità organizzativa confrontando gli obiettivi prefissati con i risultati raggiunti (entrambi espressi in termini di numero di prestazioni erogate);

— valutare l'efficienza della singole unità sulla base del rapporto tra numero di attività svolte e risorse impiegate (sia risorse proprie della unità organizzativa che risorse/prestazioni richieste ad altre unità organizzative);

— responsabilizzare gli operatori dell'unità sull'uso delle risorse proprie e sulla richiesta di prestazioni ad altre unità operative della USL o a centri esterni;

— effettuare alcuni confronti con i dati di attività e di assorbimento di risorse di unità organizzative di altre Usl e ospedali (introduzione/sviluppo di sistemi di *bench marking*, che a loro volta rappresentano un elemento di stimolo per le unità organizzative al perseguimento di superiori livelli di efficienza e di efficacia);

— progettare sistemi informativi più sofisticati e introdurre sistemi di

rilevazione e di calcolo dei costi che costituiscano un supporto per la formulazione delle decisioni strategiche e di gestione sia per la direzione generale delle aziende che per i responsabili delle singole unità organizzative;

— verificare la adeguatezza delle classificazioni delle attività riportate dai tariffari ministeriali e regionali, sia in termini di esaustività e significatività delle prestazioni elencate, sia in termini di isorisorità dei raggruppamenti omogenei di diagnosi;

— disporre di informazioni che consentano la introduzione di sistemi di *process re-engineering*, *activity based management* e *activity based costing* (6); a tale proposito si rileva che, dato che le responsabilità cliniche e gestionali nelle aziende sanitarie sono attualmente assegnate a chi presiede le unità organizzative (e non in relazione ai processi eseguiti e/o ai casi clinici trattati), un'analisi delle attività e dei costi a livello di centro di responsabilità è un passaggio essenziale per introdurre logiche di gestione innovative (per processo produttivo/per paziente) senza minare il funzionamento del sistema di responsabilizzazione attualmente in essere (7);

— fornire alle Regioni e al Ministero dati di costo e di attività che possano essere la base per la ridefinizione delle tariffe.

Chiariti quali sono i rischi e quali le potenzialità della introduzione di sistemi che consentono la valutazione dell'equilibrio economico di un'unità organizzativa, l'articolo si propone di illustrare il metodo e il percorso seguito per la determinazione dell'equilibrio economico dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative (UTDCP) del presidio della Usl di Garbagnate. L'analisi descritta rappresenta la prima parte di un più ampio progetto di ricerca condotto dal Ce.R.G.A.S. il cui fine ultimo è quello di introdurre

presso la unità operativa in esame sistemi di *activity based management* e *costing* che consentano di dare una chiara rappresentazione del percorso del paziente ricoverato dall'UTDCP e di calcolare i costi per caso trattato da tale unità.

La prima parte della ricerca si è articolata in quattro fasi essenziali:

1) analisi del modello organizzativo dell'UTDCP, al fine di comprendere qual è la struttura dell'unità, le posizioni e i ruoli degli operatori, le principali attività svolte e le interrelazioni tra l'UTDCP e gli altri Centri di responsabilità della USL;

2) valorizzazione delle principali attività svolte dall'unità, quantificando il numero di prestazioni erogate per ciascuna classe di attività individuata e moltiplicando tale importo per le tariffe di riferimento;

3) valorizzazione delle risorse assorbite dalle attività individuate, distinguendo tra:

— risorse variabili proprie dell'unità (es. farmaci, presidi medico-chirurgici);

— risorse variabili richieste dall'UTDCP ad altre unità organizzative della USL (le prestazioni intermedie fornite da altre unità operative; es.

analisi di laboratorio, esami di radiologia);

— costi fissi specifici dell'unità (es. personale, ammortamento attrezzature);

4) calcolo dei margini di contribuzione per ciascuna delle macro attività individuate e per l'UTDCP nel complesso. Per ciascuna attività individuata si sono determinati sia il primo che il secondo margine di contribuzione: il primo è stato ottenuto come differenza tra tariffe e costi variabili (risorse del servizio e risorse acquisite da altre unità operative), il secondo come differenza tra il primo margine ed i costi fissi specifici, distinguendo tra il costo del personale e gli altri costi. I margini di contribuzione delle macro attività individuate all'interno dell'unità hanno consentito di verificare qual è il contributo delle diverse tipologie di attività individuate alla copertura dei costi comuni dell'unità; il margine di contribuzione complessivo dell'UTDCP, ottenuto come somma dei margini delle singole attività, è la grandezza assunta a riferimento per valutare il contributo fornito dall'unità operativa alla copertura dei costi generali della USL (v. tavola 1).

**Tavola 1 - Schema per il calcolo del margine di contribuzione**

Attività A	Attività B
Tariffe attività A	Tariffe attività B
— Costi variabili	— Costi variabili
<i>Primo margine di contribuzione attività A</i>	<i>Primo margine di contribuzione attività B</i>
— Costo del personale (attribuito a ciascuna attività)	— Costo del personale (attribuito a ciascuna attività)
— Altri costi fissi specifici	— Altri costi fissi specifici
<i>Secondo margine di contribuzione attività A</i>	<i>Secondo margine di contribuzione attività B</i>
$\Sigma$ <i>Il margine di contribuzione delle attività</i>	
— Costi generali del Servizio di terapia del dolore	
<i>Contributo alla copertura dei costi generali di azienda</i>	



## 2. Il modello organizzativo dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative e la classificazione delle attività svolte

L'UTDCP dell'ospedale della Usl di Garbagnate afferisce al Centro di responsabilità «Servizio di anestesia e rianimazione» (v. tavola 2).

In tavola 3 ed in tavola 4 vengono riportati il personale in forze presso il servizio al 31 novembre 1996 e le apparecchiature di cui l'unità dispone.

Le macro attività svolte dall'UTDCP sono:

- attività ambulatoriale,
- attività di *day hospital*,
- attività di chirurgia antalgica,
- consulenze specialistiche *intra ed infra-moenia*,
- cure palliative domiciliari,
- attività amministrativa e di supporto organizzativo alla attività clinica,
- attività di ricerca clinica.

In tavola 5 viene riportata una prima disarticolazione delle macro attività svolte dall'unità.

Le macro attività individuate sono state distinte in attività «primarie» ed «attività di supporto» (8). Le attività ambulatoriali, di *day hospital*, di chirurgia antalgica, domiciliari e di consulenza si qualificano come attività primarie, mentre le attività burocratiche amministrative e di ricerca sono state qualificate come attività di supporto. Ciascuna attività primaria contribuisce alla produzione di un margine di contribuzione (positivo o negativo), che dovrebbe consentire la copertura dei:

a) costi delle attività di supporto dell'unità;

b) costi generali della USL.

In tavola 6 per ciascuna macro attività individuata si riportano il personale, i locali e le attrezzature utilizzate.

Con riferimento all'impiego di personale si è in particolare verificato

quale fosse il tempo impiegato dalle diverse figure professionali (medici a tempo pieno, contrattisti, infermieri) per ciascuna macro attività individuata (v. tavola 6 e tavola 7). L'analisi è stata effettuata sulla base delle informazioni raccolte da alcune interviste al personale del servizio, analizzando una settimana «tipo» di attività.

### 2.1. La valorizzazione delle attività

L'analisi dei dati di attività è stata fatta prendendo a riferimento i primi nove mesi del 1996.

I volumi complessivi di prestazioni erogate per ciascuna tipologia di attività, le tariffe medie relative e la fonte dei dati sono riportati in tavola 8.

Le prestazioni ambulatoriali erogate dal servizio sono riportate in tavola 9. Il valore delle prestazioni è stato calcolato applicando alle prestazioni le tariffe ambulatoriali del tariffario 1991 (in vigore nei primi nove mesi del 1996). L'analisi è stata effettuata anche utilizzando il tariffario in vigore dal mese di novembre 1996, allo scopo di verificare l'effetto delle nuove tariffe, qualora applicate.

Tavola 2 - La collocazione del servizio di terapia del dolore

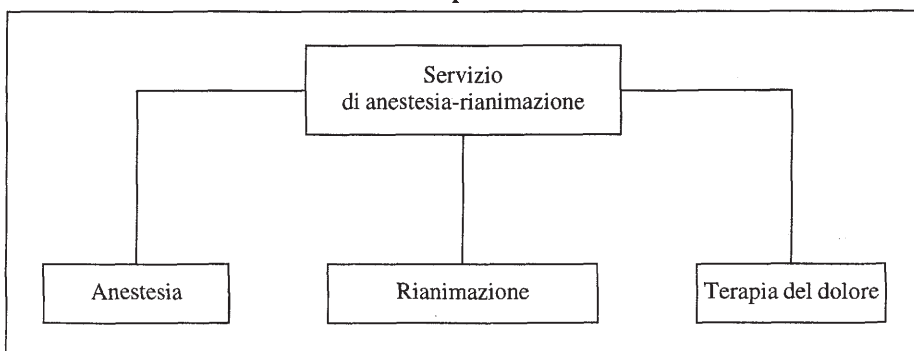


Tavola 3 - Il personale dell'UTDCP

Medici strutturati a tempo pieno .....	3
Medici contrattisti .....	4
— due di «primo livello» (assimilabili a quelli a tempo pieno)	
— due di «secondo livello» (con minore esperienza)	
Infermieri strutturati.....	4

Tavola 4 - Le apparecchiature di cui dispone l'UTDCP

Elettrocardiografo .....	3
Pompe ad infusione continua .....	3
Pompe elettromeccaniche .....	9
Pompe meccaniche.....	2
Pompa peristaltica.....	1
Programmatore di neurostimolatori .....	3
Programmatore pompa Synchromed.....	1
Saturimetro .....	1
Monitor (per attività di D-H).....	2
Apparecchiature TENS .....	2
Apparecchiature magnetoterapia .....	1

**Tavola 5 - Prima disarticolazione delle macro-attività**

<b>Attività ambulatoriale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— prima visita</li> <li>— visita di controllo</li> <li>— infiltrazioni di vario tipo</li> <li>— valutazione strumentale neurostimolatore</li> <li>— medicazioni chirurgiche post-intervento</li> <li>— medicazioni lesioni periferiche</li> <li>— magnetoterapia, TENS</li> </ul>
<b>Attività di day hospital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— infiltrazioni peridurali</li> <li>— paracentesi</li> <li>— toracentesi</li> <li>— esecuzione esami strumentali presso il centro</li> </ul>
<b>Attività di chirurgia antalgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— impianto di neurostimolatori midollari</li> <li>— espianto di neurostimolatori midollari</li> <li>— sostituzione di neurostimolatori midollari</li> <li>— impianto di cateteri spinali (peridurali e subaracnoidei) con o senza accesso portale</li> <li>— impianto/espianto di cateteri venosi centrali con accesso portale</li> <li>— impianto pompe per somministrazione subaracnoidea</li> </ul>
<b>Attività di consulenza specialistica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— visita di consulenza «semplice» intraospedaliera</li> <li>— visita di controllo</li> <li>— visite di consulenza semplice presso ospedale di Bollate</li> </ul>
<b>Attività domiciliare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— visita di consulenza al medico di base</li> <li>— visita di controllo</li> <li>— infusioni sottocutanee con pompe/siringhe</li> <li>— medicazioni</li> <li>— cateterismi vescicali</li> <li>— prescrizioni</li> <li>— alimentazione parenterale</li> <li>— colloqui con famiglie</li> <li>— riunioni di <i>équipe</i> per colloqui con familiari</li> </ul>
<b>Attività amministrativa e organizzativa di supporto alla attività clinica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— contatti telefonici</li> <li>— supporto amm.vo e org.vo alla attività clinica</li> <li>— riunioni di <i>équipe</i> per attività generale</li> <li>— colloqui con famiglie</li> </ul>
<b>Attività di ricerca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— riunioni scientifiche settimanali</li> <li>— elaborazione materiale scientifico</li> </ul>

La valorizzazione delle prestazioni eseguite nel 1996 con il nuovo tariffario è di importo superiore a quella effettiva; la prima visita specialistica, il controllo elettronico *pace-maker* (9), l'iniezione endoarticolare, l'infiltrazione periarticolare ed il blocco anestesiológico per segmento hanno subito incrementi rilevanti, mentre soltanto l'elettroanalgesia transcutanea e la magnetoterapia con il tariffario 1996

vengono retribuite meno di quanto fossero retribuite con il tariffario 1991.

Le visite di controllo (circa il 90% del totale visite erogate nei primi 9 mesi 1996) nel tariffario 1991 venivano assimilate a prime visite, mentre nell'attuale tariffario vengono remunerate con una propria tariffa.

L'attività di *day hospital* è stata valorizzata facendo riferimento ai DRG

relativi ai pazienti trattati dal Servizio nel periodo considerato. Il totale rappresenta il valore dei DRG valorizzati con tariffa di *day hospital*.

In tavola 10 si riportano i casi trattati e le tariffe relative.

L'attività di chirurgia antalgica è stata valorizzata facendo riferimento ai DRG relativi ai pazienti trattati dall'unità nel periodo considerato. Dato che l'UTDCP non dispone di propri letti di degenza, i pazienti vengono ricoverati presso i reparti di anestesia e rianimazione, chirurgia vascolare, pneumologia.

I ricoveri indotti dall'UTDCP ed effettuati per la cura esclusiva di patologie di competenza del C.d.R. analizzato sono stati considerati propri dell'unità stessa, cui è stata attribuita la tariffa di riferimento ed i costi relativi.

I ricoveri indotti da altri CdR e/o non effettuati per la cura esclusiva di patologie di competenza del CdR analizzato, presentavano invece alcuni problemi di corretta attribuzione.

Relativamente a questi casi è stato necessario in particolare verificare la corretta individuazione della diagnosi principale e la effettiva rilevanza delle cure e/o degli interventi prestatati dall'UTDCP nel corso del ricovero, al fine di una corretta attribuzione dello stesso all'uno o all'altro C.d.R.

Una prima verifica di questi dati di attività ha consentito tra l'altro di rilevare che:

- i ricoveri attribuiti al servizio dal Centro elaborazione dati risultavano differenti dai ricoveri rilevati dal sistema interno all'unità: questo ha reso necessaria una analisi dei diversi dati di attività disponibili e la elaborazione di un primo elenco di sintesi sulla base del quale effettuare una prima valorizzazione stimata delle attività;

- per alcuni pazienti di competenza dell'UTDCP si è rilevata la non corretta indicazione della diagnosi principale (errata compilazione della

Tavola 6 - Personale (il numero di ore fa riferimento ad una settimana), locali, attrezzature impiegati per macro-attività

MACRO-ATTIVITÀ SVOLTA	TIPOLOGIA DI PERSONALE IMPIEGATO (numero di ore settimanali)				LOCALI	ATTREZZATURE UTILIZZATE	PERSONALE ESTERNO (numero di ore settimanali)	
	Medico TP	Contrattista I livello	Contrattista II livello	Infermieri			Infermieri distretto	Personale altri C.d.R. dell'ospedale
Ambulatoriale	25	7	3	17 (50% tempo med.)	2 (ampliabili a 3-4)	Programmatore (in comodato) in comune con la chirurgia antalgica ECG utilizzato in comune con D-H (70% per attività ambulatoriale)		
Day hospital	4		8	12	1 locale (reale utilizzo 2)	ECG utilizzato in comune con ambulatorio (30% per attività D-H)		
Attività amministrativa di supporto	3							
Chirurgia antalgica	10 + 1h ass.za post-oper.ria	1h ass.za post-oper.ria		5 + 2h ass.za post-oper.ria	Sala operatoria	Programmatore (in comodato) in comune con ambulatorio		5 (strumentista) 5 (infermiere generico) 5 (tecnico radiologia)
Attività amministrativa di supporto	3		1	3				
Consulenze intra/intra moenia	5	8	8					
Attività domiciliare (cure palliative)	12 <sup>1</sup>	21 <sup>1</sup>	21 <sup>1</sup>				100-120	
Tempo dedicato alle riunioni	8 <sup>2</sup> + 4 <sup>3</sup>	6 <sup>2</sup> + 4 <sup>3</sup>	6 <sup>2</sup> + 4 <sup>3</sup>	6 <sup>3</sup>			20 <sup>3</sup>	
Attività amministrativa e/o org.va	16	6	6	52	Locale dedicato			
Tempo di apertura cartelle di ricovero	2	1		3				
Attività di ricerca clinica	6	4	4					

<sup>1</sup> Monte orario così calcolato: 220 visite mensili circa divise per 4 settimane al mese = 54 visite a settimana. Tempo medio per visita 1h.  
<sup>2</sup> Tempo medio dedicato alle riunioni plenarie settimanali dei medici strutturati e non strutturati.  
<sup>3</sup> Tempo medio dedicato alla riunione settimanale del lunedì (durata 2h) cui partecipano 2 medici TP, i contrattisti, 3 inf. del centro e circa 10 inf. del distretto.

SDO) e, pertanto, la non corretta valorizzazione del ricovero (si veda tavola 11, i casi contrassegnati con l'asterisco sono in realtà relativi a DRG 468).

A fronte delle incertezze rilevate, si è effettuata una stima prudenziale del valore delle attività, considerando propri dell'UTDCP soltanto i DRG relativi ai casi di certa attribuzione all'unità (si veda tavola 11, sub totale A), valorizzati con la tariffa relativa all'effettivo DRG di dimissione. In tavola 11 vengono riportati i casi attribuiti all'UTDCP e la relativa valorizzazione per i primi nove mesi del 1996.

L'attività di consulenza è stata valorizzata facendo riferimento al numero delle consulenze erogate a pazienti in-

terni ed esterni (ospedale di Bollate) moltiplicato per la tariffa 1996 che remunera le visite ambulatoriali in Regione Lombardia (32.000 lire).

Per quantificare l'attività domiciliare si è fatto riferimento al numero di accessi dei medici del servizio al domicilio del paziente. Tale attività non è stata valorizzata in quanto non esiste attualmente alcun sistema tariffario che la remunererà.

## 2.2. I costi delle attività ed il calcolo dei margini di contribuzione

I costi complessivi dell'UTDCP sono stati distinti tra:

a) costi variabili, il cui ammontare complessivo varia al variare dei livelli di attività,

b) costi fissi (o condizioni produttive strutturali), che non mutano nel loro ammontare globale al variare dei volumi di produzione.

Con riferimento ai costi variabili si è operata una ulteriore distinzione tra costi diretti (costi variabili interni al Servizio — farmaci e presidi utilizzati —) e costi indiretti (relativi alla richiesta di prestazioni ad altre unità organizzative dell'ospedale o ad altre strutture esterne alla unità sanitaria locale). I costi delle prestazioni fornite da altre unità operative/altre strutture sono stati calcolati moltiplicando le tariffe in vigore nel periodo considerato (tariffario 1991) per il numero di prestazioni richieste dall'UTDCP nei primi nove mesi del 1996.

**Tavola 7 - La distribuzione percentuale del tempo impiegato per la esecuzione delle macro-attività dalle diverse figure professionali**

	Medico T.P.	%	Contrattista I livello	%	Contrattista II livello	%	Contrattista (dato complessivo)	%	Infermieri	%
Attività ambulatoriale	25	25%	7	12%	3	5%	10	8%	17	17%
Day hospital	4	4%	0	0%	8	13%	8	7%	12	12%
Attività amministrativa	3	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Chirurgia antalgica	11	11%	1	2%	0	0%	1	1%	7	7%
Attività amministrativa	3	3%	0	0%	1	2%	1	1%	3	3%
Attività domiciliare	12	12%	21	36%	21	34%	42	35%	0	0%
Per riunioni	12	12%	10	17%	10	16%	20	17%	6	6%
Consulenze infra ed intra ospedaliere	5	5%	8	14%	8	13%	16	13%	0	0%
Amministrativa e org.va di supporto alle attività cliniche	16	16%	6	10%	6	10%	12	10%	52	52%
Per apertura cartelle	2	2%	1	2%	0	0%	1	1%	3	3%
Ricerca clinica	6	6%	4	7%	4	7%	8	7%	0	0%
Ore settimanali totali	99	100%	58	100%	61	100%	119	100%	100	100%

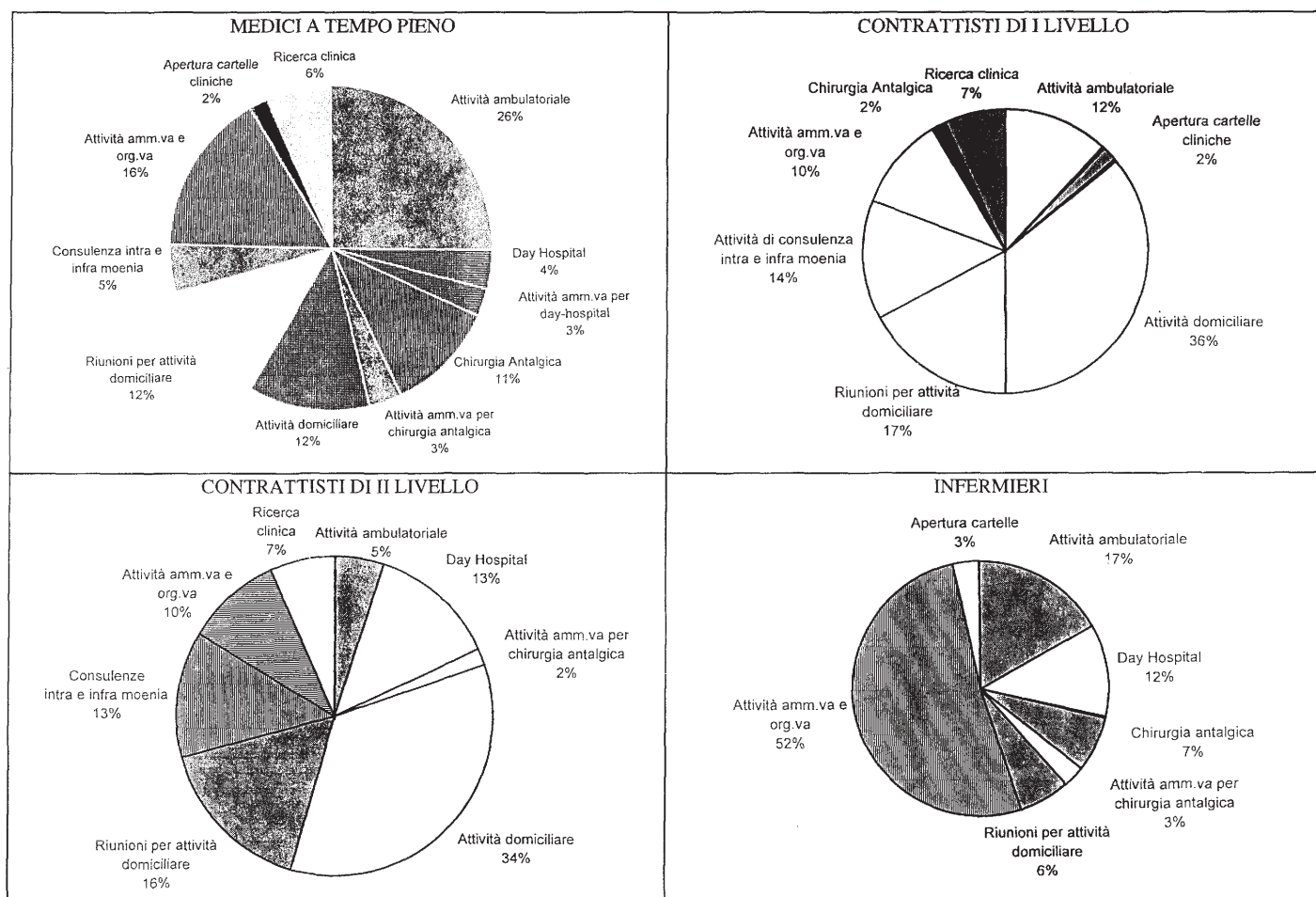


Tavola 8 - Volumi e tariffe delle attività svolte (primi nove mesi 1996)

Tipologia di attività	Volume complessivo di attività svolte	Fonte del dato	Tariffa media	Fonte del dato	Tariffa complessiva
Attività ambulatoriale.....	3035		20.760	Ufficio spedalità	63.006.228
Attività di D-H.....	103 (giornate)	Servizio	438.087	Direzione sanitaria	45.123.000
Attività di chirurgia antalgica.....	63	Terapia	14.167.751	Direzione sanitaria	892.568.300
Attività domiciliare.....	2045	del dolore	0	—	0
Visite di consulenza.....	1453		32.000	Tariffario 1996	46.496.000

Tavola 9 - La valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali erogate nel 1996

Tipologia di prestazione	Numero di prestazioni erogate	Tariffe 1991	Tariffe 1997	Valore prestazioni 1996 con tariffario 1991	Valore prestazioni 1996 con nuovo tariffario
Prima visita specialistica.....	170	26.400	32.000	4.488.000	5.440.000
Visita di controllo.....	1517	non specifica	25.000	40.048.800	37.925.000
Controllo elettronico <i>pace-maker</i> .....	447	10.860	45.000	4.854.420	20.115.000
Elettrocardiogramma.....	4	19.300	22.500	77.200	90.000
Medicazioni.....	297	2.000	7.500	594.000	2.227.500
Magnetoterapia.....	406	22.900	15.600	9.297.400	6.333.600
Iniezione endoarticolare.....	4	16.800	54.000	67.200	216.000
Prelievo venoso in ambulatorio.....	2	1.004	2.000	2.008	4.000
Elettroanalgesia transcutanea.....	63	30.000	5.900	1.890.000	371.700
Mesoterapia.....	85	12.000	13.000	1.020.000	1.105.000
Infiltrazione periarticolare.....	9	16.800	54.000	151.200	486.000
Infiltrazione punti <i>trigger</i> .....	28	12.000	13.500	336.000	378.000
Blocco anest. per segmento.....	3	60.000	200.000	180.000	600.000
<b>Valorizzazione totale Prestazioni erogate.....</b>				<b>63.006.228</b>	<b>76.651.800</b>

Tavola 10

Codice DRG	Numero di pazienti	Numero giornate di accesso	Tariffa relativa	Tariffa complessiva
243	8	20	282.000	5.640.000
366	2	2	412.000	824.000
203	6	7	313.000	2.191.000
318	2	2	376.000	752.000
64	1	1	488.000	488.000
172	3	4	320.000	1.280.000
82	8	9	441.000	3.969.000
274	9	13	294.000	3.822.000
240	1	4	282.000	1.128.000
130	1	1	260.000	260.000
346	4	12	329.000	3.948.000
239	1	1	282.000	282.000
9	1	2	397.000	794.000
245	2	7	282.000	1.974.000
273	1	1	294.000	294.000
241	1	1	282.000	282.000
468	1	6	897.000	5.382.000
173	1	1	320.000	320.000
468	5	6	897.000	5.382.000
131	1	1	260.000	260.000
490	1	1	585.000	585.000
4	1	1	1.539.000	1.539.000
Vari	Vari	10	372.700	3.727.000
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>103</b>		<b>45.123.000</b>

**Tavola 11 - DRG attribuiti all'UTDCP e relativa valorizzazione**

Codice DRG	N. di pazienti	N. giornate di degenza per paziente	Tariffa relativa	Tariffa complessiva
Casi in cui il DRG è stato correttamente attribuito al servizio				
468	26	2	17.539.000	456.014.000
468	7	2	18.415.950	128.911.650
468	1	1	1.594.000	1.594.000
468	6	da 3 a 29	17.539.000	105.234.000
468	7	da 11 a 29	18.415.950	128.911.650
4	2	2	12.111.000	24.222.000
490	2	2	5.788.000	11.576.000
131	4	2	3.006.000	12.024.000
13	1	7	4.276.000	4.276.000
172	1	9	6.663.000	6.663.000
4 (*)	1	1	583.000	583.000
352	1	7	2.975.000	2.975.000
214	1	2	9.584.000	9.584.000
<b>Sub totale A</b>	<b>60</b>	<b>300</b>		<b>892.568.300</b>
Casi di incerta attribuzione all'UTDCP				
215	4	2	5.593.000	22.372.000
<b>Sub totale B</b>	<b>4</b>	<b>8</b>		<b>22.372.000</b>
<b>Totale complessivo</b>				<b>914.940.300</b>
(*) Per questo caso è stata rilevato un errore nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.				

I dati di costo forniti dall'ufficio programmazione e controllo relativamente all'UTDCP sono riportati nelle tavole 12 e 13.

Il costo del personale è stato distinto dagli altri costi fissi. Dato che l'importo di questa voce di costo è particolarmente significativo si è deciso di attribuire il costo complessivo delle diverse figure professionali alle singole macro-attività (v. tavola 14) sulla base del tempo impiegato per ciascuna (si veda tavola 7). In questo modo è stato possibile:

— disporre di informazioni relativamente all'utilizzo della risorsa personale nei vari comparti di attività,

— calcolare un margine di contribuzione più significativo, che includa la valorizzazione delle risorse umane impiegate per lo svolgimento di ciascuna attività.

Il criterio seguito per la allocazione degli altri costi è stato quello della

**Tavola 12 - Costi relativi all'UTDCP (escluso day hospital) nel periodo gennaio-settembre 1996 (lit/000)**

<b>Personale</b>		
Personale sanitario non medico .....	135.420	100,00%
Totale.....	135.420	22,78%
<b>Consumi tecnico-economici</b>		
Articoli di guardaroba.....	372	6,76%
Prodotti di lavanderia e pulizia .....	23	0,42%
Articoli vari economici .....	1.566	28,47%
Prodotti monouso .....	565	10,27%
Articoli di manutenzione .....	2.179	39,61%
Cancelleria.....	795	14,45%
Totale.....	5.501	0,93%
<b>Consumi farmacia</b>		
Medicinali .....	7.201	1,61%
Materiali per laboratorio analisi .....	13	
Presidi medico-chir. e strumentario .....	12.455	2,78%
Materiali protesici.....	428.650	95,56%
Alimenti.....	259	0,06%
Totale.....	448.569	75,44%
<b>Servizi/utenze</b>		
Servizio di pulizia.....	3.987	98,03%
Manutenzioni app. sanitarie.....	81	1,99%
Totale.....	4.067	0,68%
<b>Altri costi</b>		
Ass. per diagnostica strumentale convenzionata .....	1.014	100,00%
Totale.....	1.014	0,17%
<b>Totale complessivo.....</b>	<b>594.571</b>	<b>100,00%</b>
Fonte: Servizio programmazione e controllo.		

Tavola 13 - Costi relativi al *day hospital* dell'UTDCP nel periodo gennaio-settembre 1996 (lit/000)

<b>Consumi tecnico-economali</b>		
Articoli di guardaroba.....	45	3,25%
Prodotti di lavanderia e pulizia.....	10	0,72%
Articoli vari economali.....	336	24,26%
Prodotti monouso.....	466	33,65%
Articoli di manutenzione.....	56	4,04%
Cancelleria.....	473	34,15%
<i>Totale</i> .....	<i>1385</i>	<i>8,34%</i>
<b>Consumi farmacia</b>		
Medicinali.....	9155	60,17%
Materiali diagnostici.....	54	0,35%
Materiali per laboratorio analisi.....	60	0,39%
Presidi medico chirurgici e strumentario.....	5742	37,74%
Alimenti.....	206	1,35%
<i>Totale</i> .....	<i>15216</i>	<i>91,66%</i>
<b>Totale complessivo</b> .....	<b>16600</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Servizio programmazione e controllo.

attribuzione specifica dei costi alle diverse tipologie di attività individuate. I costi non ripartibili con criteri oggettivi sono stati classificati a parte.

Di seguito si delineano, per ogni macro-attività, le metodologie di calcolo utilizzate e i criteri di ripartizione per l'allocazione delle componenti di costo (il dettaglio delle voci è riportato in tavola 17).

I costi specificamente attribuiti all'attività ambulatoriale sono quelli relativi alle «consulenze passive» e al personale. Non si è ritenuto significativo attribuire all'attività ambulatoriale alcun costo variabile specifico. Le consulenze passive sono state valorizzate (come quelle attive) facendo rife-

rimiento alla tariffa 1996 relativa alle visite ambulatoriali (32.000 lire).

I costi specificamente attribuibili all'attività di *day hospital* sono i costi del materiale farmaceutico e del materiale economale, dato che il D-H rappresenta un centro di costo a sé stante e l'ufficio programmazione e controllo dispone di dati specifici ad esso relativi (v. tavola 13). L'allocazione degli altri costi variabili per prestazioni intermedie (trasfusionale, anatomia patologica, esami esterni e consulenze passive) è frutto di un'analisi svolta in collaborazione con il personale dell'UTDCP grazie alla quale si è stimata una percentuale di assorbimento delle prestazioni diagnostiche per ogni attività (es. il costo del sangue erogato dal

Centro trasfusionale all'UTDCP è di totale competenza dell'attività di D-H, unico utilizzatore di unità ematiche).

I costi relativi agli ammortamenti da attribuirsi specificamente all'attività di *day hospital* sono riportati nell'allegato 3.

I costi specificamente attribuibili all'attività di chirurgia antalgica sono i costi del materiale farmaceutico (relativi a materiale protesico) e le consulenze passive. Dal momento che il servizio non dispone attualmente di letti dove ricoverare i propri pazienti, il ricorso a ricoveri presso altri reparti (Anestesia e rianimazione, Chirurgia vascolare, Pneumologia) ha reso necessaria una stima del costo delle giornate di degenza dei pazienti dell'UTDCP, ottenuta moltiplicando la tariffa media di incremento *pro-die* per i pazienti affetti da patologie trattate dall'UTDCP dimessi con DRG medico (lire 150.000 circa/gg.), moltiplicato per il numero di giornate di degenza dei pazienti dei primi nove mesi del 1996 (v. tavola 11, sub totale A).

I costi di radiologia allocati sono riportati nell'allegato 2.

L'utilizzo della sala operatoria per l'attività in esame ha comportato il calcolo del costo medio di utilizzo della sala, che moltiplicato per il numero di sedute fatte nel periodo considerato dal servizio ha consentito di ottenere il costo di sala operatoria dell'UTDCP.

Tavola 14 - Il calcolo del costo del personale suddiviso per macro attività (primi 9 mesi 1996)

Macro attività	Profilo professionale		
	Medico T.P.	Contrattista di I e II livello	Infermieri
Ambulatoriale.....	52.555.000	7.560.000	23.022.000
Day hospital.....	14.715.400	6.615.000	16.250.000
Chirurgia antalgica.....	29.430.800	1.890.000	13.542.000
Domiciliare.....	50.452.800	49.140.000	8.125.000
Consulenze <i>intra ed infra moenia</i> .....	10.511.000	12.285.000	0
Amministrative e org.ve di supporto alla attività clinica.....	39.942.000	10.395.000	74.481.000
Ricerca.....	12.613.000	6.615.000	0
<b>Costo complessivo</b> .....	<b>210.220.000</b>	<b>94.500.000</b>	<b>135.420.000</b>

Il calcolo di questo costo è stato effettuato richiedendo all'ufficio P&C i dati relativi ai costi dei primi nove mesi dell'anno del blocco operatorio e scorporando da questi i consumi di materiale protesico (in quanto non di competenza dell'UTDCP, che utilizza protesi proprie). I costi restanti, pari a circa 2.700 milioni, sono stati divisi per il numero di sedute operatorie dei primi nove mesi dell'anno al fine di ottenere il costo medio per seduta di sala operatoria (v. tavola 15). Il numero di sedute dell'UTDCP è stato stimato ipotizzando tre sedute mensili per nove mesi. Il numero di interventi per seduta è di 2-3 circa.

I costi attribuiti alla attività domiciliare sono quelli del personale

infermieristico di distretto (non a carico del servizio, ma dell'USL di competenza), stimati sulla base del costo medio orario di un infermiere strutturato (circa 28.0000 £/h, comprensivo degli oneri riflessi) (10) moltiplicato per le ore di impegno di tali infermieri nel periodo considerato (circa 500 ore mensili per i 9 mesi considerati).

I costi non specificamente attribuibili alle singole macro attività sono riportati in tavola 16.

Il costo dell'attività di supporto e di ricerca è stato calcolato sulla base del tempo impiegato dal personale (ved. tavola 14).

In tavola 17 si riporta il calcolo dei margini (differenza tra il valore delle

prestazioni secondo il sistema tariffario e i costi a questi relativi) delle attività primarie individuate ed il calcolo dei costi relativi alle attività di supporto.

In tavola 18 si è evidenziata la quota parte delle tariffe, dei costi e dei margini relativa a ciascuna macro attività.

### 2.3. Considerazioni conclusive

Come evidenziato in tavola 17, l'UTDCP ha un margine negativo di circa 130 milioni.

Dalla tavola risulta altresì evidente il contributo dell'attività di chirurgia antalgica (che genera l'83% dei «ricavi» e ha un margine di circa lire 311 milioni, a fronte di un impegno di tempo del personale medico strutturato pari a solo l'11% del totale) al perseguimento dell'equilibrio economico della unità operativa. In prima istanza è possibile affermare che il margine della attività di chirurgia antalgica consente di coprire i costi dell'attività domiciliare (si veda tavola 9), il cui risultato negativo si riconduce alla attuale mancanza di un sistema di remunerazione a tariffa per questo tipo di attività.

La valorizzazione delle attività ambulatoriali con le tariffe 1997, la eventuale attribuzione all'unità dei ricoveri di cui resta ancora da verificare la effettiva pertinenza all'UTDCP (si veda tavola 11, sub totale B) e la valorizzazione corretta dei ricoveri relativamente ai quali si è verificata una errata compilazione della SDO (si veda tavola 19, DRG 131), porterebbe l'unità operativa in esame ad una situazione di sostanziale equilibrio.

Posto che, come indicato nel primo paragrafo, l'utilità della introduzione di sistemi di valutazione dell'equilibrio economico non risiede nella determinazione del risultato complessivo dell'unità operativa, preme eviden-

**Tavola 15 - Il calcolo del costo di sala operatoria per l'UTDCP**

Costi del blocco operatorio relativi al periodo 01-01-1996/30-09-1996 (£/000)	
Personale (ruolo sanitario non medico/tecnico) .....	1.370.538
Consumi tecnico-economici .....	98.374
Consumi farmacia .....	1.047.876
Servizi/Utenze .....	158.319
Altri costi .....	9.259
<b>Totale costi blocco operatorio .....</b>	<b>2.675.107</b>
Costo sedute operatorie del Servizio di terapia del dolore relativi al periodo 01-01-1996/30-09-1996 (£/000)	
<b>A. Totale costi blocco operatorio .....</b>	<b>2.675.107</b>
B. Numero sedute blocco operatorio programmate.....	1.155
C. costi per seduta di sala operatoria (= A/B).....	2.316
D. numero sedute di chirurgia antalgica.....	27
	(dato stimato)
<b>E. Costo complessivo sedute di chirurgia antalgica (= C/D) .....</b>	<b>62.535</b>

**Tavola 16 - Dettaglio costi comuni**

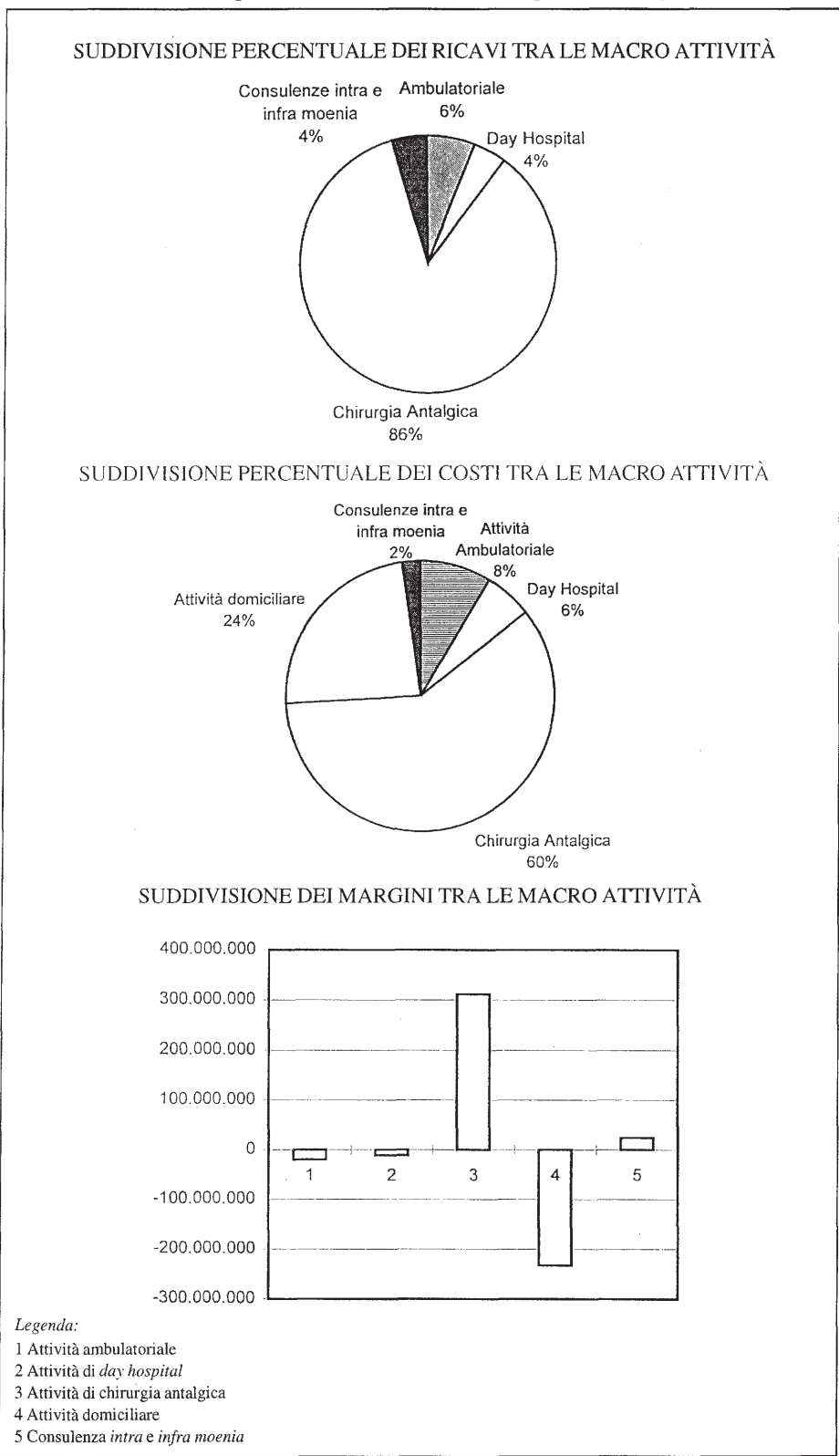
Laboratorio analisi .....	15.281.678 (v. allegato 1)
Radiologia.....	20.744.556 (v. allegato 2)
Materiale farmaceutico .....	19.919.000
Materiale economale.....	5.501.000
Utenze.....	4.067.000
Ammortamento attrezzature .....	9.552.755 (v. allegato 3)
<b>Totale costi comuni .....</b>	<b>75.065.989</b>



Tavola 17 - Calcolo dei margini di contribuzione delle macro attività

	Attività ambulatoriale	Attività di day hospital	Attività chirurgia antalgica	Attività domiciliare	Attività di consulenza (per paz. interni e H bollate)	Totale valore delle prestazioni e costi attribuibili alle attività primarie
<i>Valore delle prestazioni</i>						
Numero delle prestazioni.....	3.035	103	63	2.045	1.453	
Tariffe medie.....	20.760	438.087	14.167.751	0	32.000	
<b>Totale valore delle prestazioni.....</b>	<b>63.006.228</b>	<b>45.123.000</b>	<b>892.568.300</b>	<b>0</b>	<b>46.496.000</b>	<b>1.065.076.756</b>
<i>Costi variabili risorse della u.o.</i>						
Materiale farmaceutico.....		15.216.000	428.650.000			443.866.000
<i>Costi variabili per prestazioni acquisite da altre u.o.</i>						
Trasfusionale.....		3.300.000				3.300.000
Radiologia.....			13.343.000			13.343.000
Anatomia patologica.....		190.000				190.000
Esami esterni.....		1.014.000				1.014.000
Consulenze «passive».....	224.000	64.000	32.000			320.000
Infermieristico distretto.....				126.000.000		126.000.000
Altri costi var. di prod. (costo gg. di degenza c/o altri reparti).....			45.000.000			45.000.000
Costo sedute operatorie.....			62.535.000			62.535.000
<b>Totale costi variabili.....</b>	<b>224.000</b>	<b>19.784.000</b>	<b>536.217.000</b>	<b>126.000.000</b>		<b>662.441.000</b>
<b>Primo margine di contribuzione.....</b>	<b>62.782.228</b>	<b>25.339.000</b>	<b>356.351.300</b>	<b>-126.000.000</b>	<b>46.496.000</b>	<b>364.968.528</b>
<i>Costi fissi specifici</i>						
PERSONALE						
Medico T.P.....	52.555.000	14.715.400	29.430.800	50.452.800	10.511.000	157.665.000
Contrattista.....	7.560.000	6.615.000	1.890.000	49.140.000	12.285.000	77.490.000
Infermieristico.....	23.021.400	16.250.400	13.542.000	8.125.200	0	60.939.000
ALTRI COSTI						
Materiale economale.....		1.385.000				1.385.000
Servizi/utenze.....						
Amm.to attrezzature.....		3.043.125				3.043.125
<b>Totale costi fissi specifici.....</b>	<b>83.136.400</b>	<b>37.580.800</b>	<b>44.862.800</b>	<b>107.718.000</b>	<b>22.796.000</b>	<b>296.094.000</b>
<b>Secondo margine di contribuzione.....</b>	<b>-20.354.172</b>	<b>-12.241.800</b>	<b>311.488.500</b>	<b>-233.718.000</b>	<b>23.700.000</b>	<b>68.874.528</b>
<b>Secondo margine di contribuzione complessivo.....</b>			<b>68.874.528</b>			
<b>Totale costi non specificamente attribuibili alle singole attività.....</b>			<b>75.065.989</b>			
<b>Costi attività amministrative e organizzative di supporto.....</b>			<b>124.818.000</b>			
<b>Costi attività di ricerca.....</b>			<b>19.228.000</b>			
<b>Margine a copertura costi generali USL.....</b>			<b>-131.009.461</b>			

**Tavola 18 - Suddivisione percentuale di ricavi, costi e margini**



ziare quale sia il valore delle informazioni raccolte nel corso del progetto, sia per il responsabile dell'unità operativa, che per la direzione generale dell'azienda.

A tale proposito si sottolinea che l'analisi ha consentito, in particolare, di:

- classificare la totalità delle attività svolte dall'UTDCP: sulla base di tale classificazione il responsabile dell'UTDCP può elaborare le proprie previsioni di *budget*, effettuare confronti con altre unità di terapia del dolore e cure palliative (11), e valutare la coerenza della classificazione del tariffario regionale,

- verificare la adeguatezza del valore delle tariffe in vigore in Regione Lombardia con riferimento sia alle prestazioni in regime di ricovero, che alle attività ambulatoriali erogate dall'Unità di terapia del dolore. A tale riguardo si è rilevato, ad esempio, che le tariffe relative ad alcuni casi trattati in regime di ricovero e ad alcune prestazioni ambulatoriali sono ampiamente superiori ai costi per caso trattato (es. tariffa relativa al DRG 468 per interventi di rimozione di catetere: la tariffa riconosciuta per questa prestazione è uguale a quella degli interventi di impianto di catetere, pur non dovendosi sostenere, nel primo caso, i costi — rilevanti — della protesi);

- verificare qual è il tempo dedicato alle varie attività dalle diverse figure professionali della unità organizzativa (dall'analisi è emerso, in particolare, che l'attività amministrativa ed organizzativa e l'attività domiciliare sono quelle che richiedono un maggior impegno sia da parte dei medici che da parte degli infermieri);

- verificare le modalità di rilevazione delle attività dell'UTDCP nella USL (quali servizi rilevano i dati di attività, con quali modalità) e fornire al-

Tavola 19 - Simulazione della corretta valorizzazione dei ricoveri cui è stato attribuito erroneamente il codice 131

Codice DRG	Numero pazienti	Tariffa DRG 131	Tariffa complessiva	Tariffa DRG 468	Tariffa complessiva
131	4	3.006.000	12.024.000	17.539.000	70.156.000

cune informazioni per la riprogettazione del sistema informativo al fine di disporre di informazioni che siano più adeguate a supportare il processo decisionale del responsabile della unità operativa e della direzione generale;

— ri-verificare le modalità di compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) da parte del personale della unità;

— disporre dei dati di costo relativi a ciascuna macro-tipologia di attività, al fine di valutare quali aree assorbono il maggior numero di risorse e al fine di verificare la possibilità di ridurre eventuali sprechi.

Si sottolinea inoltre che l'analisi svolta costituisce un supporto essenziale per la introduzione di sistemi di gestione innovativi, quali *process re-engineering*, *activity based management* e *costing*.

Definite le fasi del percorso all'interno della struttura sanitaria di una determinata tipologia di paziente (es. pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento di impianto/reimpianto elettrodo, pazienti cui deve essere effettuato un intervento di impianto/sostituzione neurostimolatore, una cordotomia etc.) si può fare riferimento alle informazioni riportate nel paragrafo 2 (si vedano in particolare la tavola 5 e gli allegati 1 e 2) per la individuazione delle prestazioni erogate dall'UTDCP e da altre unità operative in ciascuna fase del percorso.

Inoltre le informazioni riportate nelle tavole 12-16 costituiscono un supporto essenziale qualora si intenda calcolare il costo per singola attività svolta dall'UTDCP o il costo per caso trattato.

A titolo esemplificativo, in tavola 20 si riporta il «percorso-tipo» di un paziente che deve essere sottoposto ad un intervento di chirurgia antalgica, mentre in tavola 21 si evidenziano le attività erogate dall'UTDCP in ciascuna fase del percorso. L'analisi può essere ulteriormente approfondita individuando le risorse che vengono utilizzate per la erogazione di ciascuna attività e calcolandone il costo (13).

(1) Si ricorda che l'art. 9 del D.L.vo del 28 febbraio 1995, n. 57, ha stabilito che le regioni e province autonome che alla data dell'1 gennaio 1995 non avessero adottato propri provvedimenti di fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, applicassero, in via transitoria, le tariffe fissate con il decreto del Ministro della sanità del 14 dicembre 1994. Il numero di Regioni che ha elaborato ed adottato un proprio sistema di tariffe entro la scadenza indicata dal decreto è molto limitato, mentre la gran parte delle Regioni ha adottato il sistema delle tariffe ministeriali.

(2) A questi problemi si aggiunga quello di carattere più generale che riguarda la scelta ministeriale di indicare alle Regioni come criterio di determinazione delle tariffe i costi storici di un campione di aziende. A tale proposito Del Vecchio (art. citato), riprendendo i contenuti di un lavoro di Culyer A.J. e Posnett J. (1993), rileva come assumere i costi storici come riferimento per fissare le tariffe porti a consolidare una distorsione nel sistema, dato

che non penalizza le inefficienze passate e non stimola le aziende sanitarie al perseguimento di superiori livelli di efficienza e di efficacia.

(3) Nonostante non sia stato ancora oggi chiarito quale debba essere il sistema di finanziamento per i presidi delle USL, si auspica comunque che le Regioni non impongano alle USL di finanziare gli ospedali interni sulla base delle prestazioni erogate, al fine di evitare che queste si vedano sottratta l'autonomia aziendale che è stata loro garantita con la riforma. Per un approfondimento sul tema si vedano Del Vecchio, Longo (1993) e Del Vecchio (articolo citato).

(4) A titolo esemplificativo si ricorda che il costo pieno di una prestazione è dato dalla somma di: costi diretti, indiretti variabili e fissi specifici della prestazione più quota parte dei costi generali della unità organizzativa e quota parte dei costi generali di azienda.

(5) Per una sintesi efficace ed esaustiva dei valori di riferimento per la assunzione di differenti tipologie di decisioni nelle aziende industriali si veda Negri Clementi (1995).

(6) Per una descrizione della possibile applicazione di sistemi di ABC e ABM nelle aziende sanitarie italiane si veda Lega (1997).

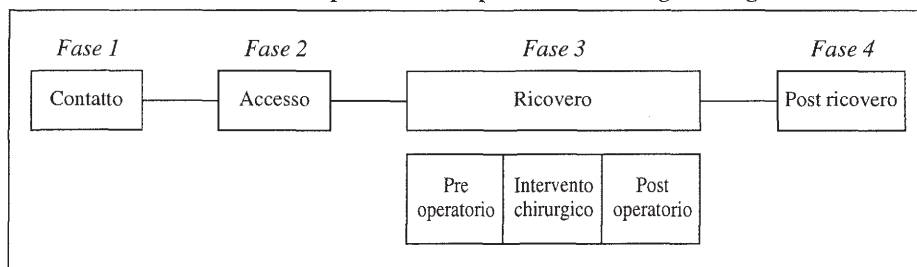
(7) Per un'analisi dei rischi connessi alla introduzione di sistemi di ABC nelle aziende sanitarie italiane si veda Francesconi A. (1995).

(8) Le attività primarie sono quelle impegnate nella creazione e nella erogazione della prestazione e/o del servizio all'utente finale, mentre le attività di supporto sostengono le attività primarie fornendo risorse e informazioni che garantiscono il mantenimento e lo sviluppo delle attività primarie.

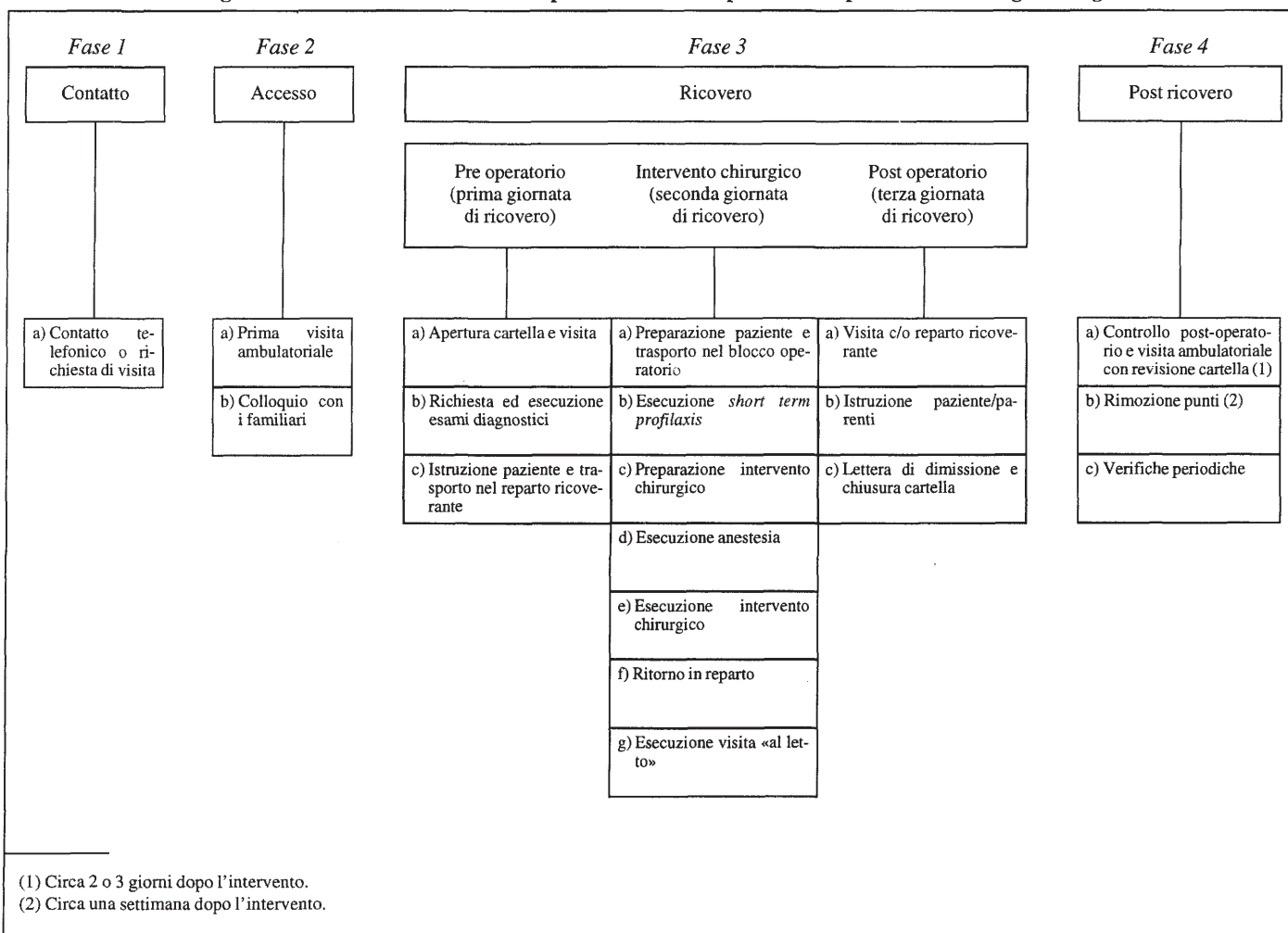
(9) La definizione è impropria in quanto trattasi di controllo elettronico di neurostimolatore (prestazione non prevista a tariffario e pertanto assimilata a controllo elettronico di *pace-maker*).

(10) Il dato è stato fornito dall'Ufficio programmazione e controllo.

Tavola 20 - Le fasi essenziali del percorso di un paziente di chirurgia antalgica



**Tavola 21 - Attività eseguite dall'UTDCP e da altre unità operative durante il percorso del paziente di chirurgia antalgica**



(11) Per struttura organizzativa e tipologia di attività svolte, l'UTDCP in esame può essere considerata un modello di analisi rappresentativo delle più importanti Unità di terapia del dolore presenti sul territorio italiano. La gran parte delle prestazioni erogabili da un Servizio di terapia antalgica vengono effettuate presso l'unità in esame e questo rende lo studio particolarmente significativo in termini di completezza dell'analisi e costituisce una premessa essenziale al fine di effettuare confronti con altre realtà. D'altra parte occorre rilevare che, a differenza della gran parte dei Servizi di terapia del dolore delle USL, che non hanno un organico proprio, presso l'UTDCP della USL di Grabagnate operano stabilmente 3 medici a tempo pieno, 4 contrattisti e 4 infermieri. Inoltre presso l'ospedale di Garbagnate esiste un reparto di chirurgia vascolare che ricovera un numero di pazienti af-

fetti da patologie vascolari trattabili dal Servizio di terapia antalgica superiore a quello mediamente presente presso altri centri equivalenti.

(12) Il percorso seguito per il calcolo dei costi di ciascuna prestazione ed i risultati ottenuti nella seconda parte della ricerca, saranno oggetto di una pubblicazione successiva.

**BIBLIOGRAFIA**

CULYER A.J. AND POSNETT J. (1992), *Hospital Behaviour and Competition*, in Culyer A.J., Maynard A. and Posnett J. (eds.) «Competition in Health Care. Reforming the NHS», Mac Millan Press, London.  
DEL VECCHIO M. (1994), *Costi e tariffe nella riforma del SSN*, **Mecosan**, 9/94.

DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo 502/92*, **Mecosan**, 6/93.  
FRANCESCONI A. (1993), *L'Activity Based Costing nei servizi sanitari*, *Economia e Management*, 1/93.  
LEGA F. (1997), *Activity Based Costing e Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari*, **Mecosan**, 22/97.  
NEGRI CLEMENTI A. (1988), *I costi rilevanti nelle decisioni di gestione operativa: alcune situazioni tipiche*, in Amigoni F. (a cura di) «Misurazioni d'Azienda», Giuffrè, Milano.  
ZANGRANDI A., RAMPONI C., FRANCESCONI A. (1994), *Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica*, **Mecosan**, 11/94.

## Allegato 1 - Elenco prestazioni di laboratorio cedute all'UTDCP

Codice esame	Tariffa unitaria	Numero esami	Tariffa complessiva	Codice esame	Tariffa unitaria	Numero esami	Tariffa complessiva
348	12.157	5	60.785	319	4.985	77	383.845
143	11.268	1	11.268	401	5.549	79	438.371
351	11.270	1	11.270	404	4.985	4	19.940
361	11.270	3	33.810	576	17.990	2	35.980
16	2.840	1	2.840	437	5.573	122	679.906
17	3.784	1	3.784	435	5.573	122	679.906
752	17.240	1	17.240	440	20.016	30	600.480
838	3.642	1	3.642	443	3.291	34	111.894
173	12.523	2	25.046	47	3.291	119	391.629
163	12.523	1	12.523	327	4.135	3	12.405
89	12.523	1	12.523	649	719.520	1	719.520
704	12.523	0	0	647	11.268	0	0
708	12.523	0	0	585	11.268	3	33.804
171	12.523	1	12.523	586	11.268	0	0
899	12.523	2	25.046	584	11.268	4	45.072
172	12.523	4	50.092	651	37.000	0	0
690	12.523	3	37.569	22	4.949	1	4.949
683	12.523	2	25.046	465	37.000	5	185.000
177	12.523	6	75.138	25	5.641	1	5.641
689	12.523	3	37.569	486	31.800	1	31.800
179	12.523	1	12.523	490	37.000	10	370.000
180	12.523	1	12.523	492	37.000	7	259.000
445	12.523	14	175.322	68	3.513	4	14.052
88	2.477	2	4.954	80	11.282	2	22.564
82	4.475	1	4.475	253	16.807	1	16.807
653	5.641	0	0	103	11.543	31	357.833
214	2.953	1	2.953	375	4.135	4	16.540
597	2.204	37	81.548	224	9.900	2	19.800
737	14.780	0	0	223	4.949	3	14.847
711	14.780	2	29.560	533	37.000	1	37.000
727	14.780	1	14.780	478	17.988	3	53.964
697	14.780	2	29.560	522	37.000	2	74.000
601	4.475	9	40.275	512	37.000	5	185.000
27	4.949	20	98.980	538	37.000	0	0
54	3.289	109	358.501	310	5.641	6	33.846
53	3.291	109	358.719	581	29.445	13	382.785
123	5.382	56	301.392	105	6.161	2	12.322
571	17.990	0	0	101	6.161	4	24.644
91	4.475	1	4.475	434	7.259	2	14.518
124	5.382	116	624.312	438	5.641	3	16.923
69	4.420	31	137.020	504	29.445	4	117.780
70	4.475	88	393.800	519	37.000	2	74.000
90	4.475	53	237.175	580	37.000	2	74.000
93	4.949	118	583.982	542	37.000	0	0
515	36.810	6	220.860	566	21.355	1	21.355
391	4.949	42	207.858	152	20.500	1	20.500
221	4.949	71	351.379	201	6.410	119	762.790
225	4.949	38	188.062	86	3.054	119	363.426
127	5.382	33	177.606	448	2.477	38	94.126
564	4.949	1	4.949	325	7.230	1	7.230
236	4.475	54	241.650	672	5.382	1	5.382
237	3.291	119	391.629	671	5.382	1	5.382
268	4.949	16	79.184	670	5.382	1	5.382
277	4.839	31	150.009	664	2.960	0	0
570	17.990	4	71.960	889	12.523	1	12.523
125	5.382	116	624.312				
603	3.642	31	112.902				
126	5.382	116	624.312				
<b>Totale complessivo .....</b>						<b>2.493</b>	<b>15.281.678</b>

**Allegato 2 - Elenco prestazioni di radiologia cedute all'UTDCP**

Tipologia di prestazione	Numero di prestazioni richieste	Tariffa unitaria	Tariffa complessiva
Addome diretto .....	7	23.994	167.958
Clisma doppio contrasto .....	1	95.894	95.894
Ecografia addome superiore .....	28	150.000	4.200.000
Ecografia addome inferiore .....	22	50.000	1.100.000
Torace .....	64	29.994	1.919.616
Piccoli segmenti ossei .....	9	16.676	150.084
Grandi segmenti ossei .....	106	26.686	2.828.716
Grandi segmenti ossei pr. in più .....	4	10.010	40.040
Cranio .....	1	33.345	33.345
Emitorace .....	3	33.345	100.035
Bacino .....	12	19.964	239.568
Ecografia cute-sottocutanea .....	1	50.000	50.000
TAC encefalo SMDC .....	14	133.500	1.869.000
TAC encefalo MDC .....	4	195.700	782.800
TAC rachide lombare .....	5	133.500	667.500
TAC torace-mediastino .....	15	250.000	3.750.000
TAC addome superiore-inferiore .....	10	250.000	2.500.000
Torace al letto .....	1	250.000	250.000
<b>Totale costi comuni .....</b>			<b>20.744.556</b>
Segmento schel. in sala operatoria .....	50	133.430	6.671.500
Radioscopia in sala operatoria .....	50	133.430	6.671.500
<b>Totale costi chirurgia antalgica .....</b>			<b>13.343.000</b>
<b>Totale complessivo .....</b>	<b>407</b>		<b>34.087.556</b>

**Allegato 3 - Calcolo ammortamenti dei cespiti in dotazione all'Unita di terapia del dolore e cure palliative**

	Costo storico	% aliquota	Ammortamento (9 mesi)
<i>Day hospital</i>			
Attrezzature scientifiche .....	32.460.000	12,50	3.043.125
<i>Costi comuni</i>			
Attrezzature tecnico economali .....	9.843.312	10	738.248
Mobili e arredi .....	43.884.416	6,60	2.172.279
Attrezzature scientifiche .....	48.144.836	12,50	4.513.578
Macchine da ufficio .....	14.191.000	20	2.128.650
<b>Totale costi comuni .....</b>	<b>116.063.564</b>		<b>9.552.755</b>
<b>Totale complessivo .....</b>	<b>148.523.564</b>		<b>12.595.880</b>

# GLI ALGORITMI SULLE PRIORITÀ SONO UTILI PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI?

di Marino Nicolai<sup>1</sup>, Giuliano Mariotti<sup>1</sup>, Wolfgang J. Irler<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione generale, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

<sup>2</sup> Clesius srl, Trento

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Pianificazione - 3. Valutazione - 4. Pianificazione futura - 5. Un algoritmo grafico per la prenotazione - 6. La formalizzazione del percorso - 7. La trasformazione del percorso in ipertesto - 8. Una logica a valori multipli per le prenotazioni.

## 1. Premessa

Il crescente sviluppo della competenza tecnica e conseguentemente dei costi per la sanità ha determinato, già da diversi anni, un incremento dei problemi connessi alla accessibilità alle risorse e alla accettabilità del servizio fornito (Palmer, 1988). Una delle evidenze della ridotta accessibilità ai servizi sanitari pubblici è la lunga attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche a maggior contenuto tecnologico (Goodman and Musgrave, 1991). L'incremento della richiesta di prestazioni ambulatoriali è anche conseguenza delle politiche sanitarie, che tendono a sostenere la deospedalizzazione. Anche in Italia probabilmente si riverseranno nel settore ambulatoriale molti pazienti che fino ad oggi erano trattati in regime di ricovero. Già oggi, comunque, i volumi di attività dimostrano l'enorme utilizzo dei servizi ambulatoriali rispetto ai reparti di degenza. I dati disponibili sull'attività ospedaliera in provincia di Trento confermano tale differenza: 10 accessi ambulatoriali contro 1 ricovero. Anche indagini sulla soddisfazione degli utenti, svolte in provincia di Trento, confermano che fra le situazioni di minor gradimento vi sono le attese per le prestazioni ambulatoriali

(Provincia Autonoma di Trento, 1990; 1997). Non vi sono molti dati di letteratura relativi ai valori di attesa per prestazioni non emergenti ritenuti accettabili dal punto di vista clinico o soddisfacenti dal punto di vista dell'utente. Fra gli obiettivi di un progetto di valutazione dei servizi ambulatoriali in Inghilterra e nel Galles, è stato indicato un tempo massimo di attesa di 13 settimane per il 90% degli utenti (National Audit Office, 1995). In Canada sono stati rilevati tempi di attesa (mediana) di 2 mesi per prestazioni ad alto contenuto tecnologico come una NMR (Ramsay and Walker, 1996). Fra le diverse regioni del Canada vi sono notevoli differenze nei tempi di attesa (mediana) per una visita specialistica dal momento della prescrizione del medico di base: nella maggior parte dei casi il paziente aspetta meno di 2 mesi, ma in alcuni casi la mediana di attesa raggiunge i 3 mesi (Ramsay and Walker, 1996). Dagli stessi dati si rileva che il 70-80% dei medici di base dichiara che una delle cause di ritardo nella cura dei propri pazienti, rispetto alla situazione di 5 anni prima, è dovuta all'incremento delle liste di attesa per prestazioni o per visite specialistiche. In Australia, dove è stato realizzato un programma di riduzione delle liste di

attesa per il ricovero in ospedale, sono state definite liste di priorità con corrispondenti tempi di attesa ritenuti clinicamente accettabili (Shirayev and McGarry, 1995; 1996). In quest'ultimo lavoro sono stati definiti 5 livelli di priorità per l'attesa del ricovero in ospedale, che sono riportati nella tabella 1.

In Italia sono stati indicati limiti di attesa per le prestazioni specialistiche

---

Un particolare ringraziamento va a tutti coloro che stanno lavorando alla realizzazione dell'intero progetto, ma in particolare a coloro che stanno lavorando al modello delle liste differenziate di attesa: Rosanna Sommadossi (infermiera professionale coordinatrice del SCP di Trento) e le operatrici del servizio prenotazioni di Trento, Diego Cagol (programmatore del Servizio sistemi informativi dell'Azienda; responsabile Leonardo Sartori), Beniamino Brancato (medico dirigente del servizio di mammografia dell'ospedale S. Chiara di Trento; responsabile Francesco Dalla Palma), l'*équipe* medica del reparto di urologia dell'ospedale S. Chiara di Trento (responsabile Lucio Luciani) e Maria Gentilini, dell'osservatorio epidemiologico dell'Azienda, per il supporto alla parte statistica del lavoro. Un particolare ringraziamento va a Paolo Romito, direttore del Servizio rapporti con il pubblico dell'Azienda, che ha sostenuto fin dall'inizio l'utilità del modello Clesius nell'ambito delle prestazioni specialistiche.

**Tabella 1 - Categorie cliniche del programma di riduzione delle liste di attesa per il ricovero in ospedale nel New South Wales. Anno 1995**

<i>Emergenza</i>	Pazienti emergenti, che devono essere presi in carico immediatamente
<i>Urgenza 1</i>	Pazienti che necessitano di ricovero entro una settimana
<i>Urgenza 2</i>	Pazienti che necessitano di ricovero entro un mese
<i>Urgenza 3</i>	Altri pazienti che necessitano di essere ricoverati
<i>Urgenza 4</i>	Pazienti che non necessitano di essere ricoverati, sia per ragioni mediche (pazienti già studiati) sia per ragioni personali o sociali e che pertanto non presentano una domanda di intervento da parte del sistema ospedaliero pubblico. In ogni caso, nonostante la classificazione, questi pazienti non perdono il posto nella lista di attesa ospedaliera.

ambulatoriali tramite norme dello Stato. In particolare, il primo limite fu fissato dal decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, art. 3, comma 3, convertito con modificazioni nella legge 26 gennaio 1982, n. 12, che considerava 3 giorni il limite di attesa per accedere alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, a sua volta modificato dalla legge n. 67 del 1988, art. 19, in 4 giorni. Successivamente, il D.P.R. 1° marzo 1994, Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, ha aggiornato tali valori di attesa massima, portando a 5 giorni il limite massimo per accedere alle prestazioni di diagnostica per immagini e a 7 giorni il limite massimo per accedere alle visite specialistiche. Da un confronto dei dati dell'Azienda sanitaria trentina (Azienda provinciale per i servizi sanitari, 1996) con i predetti limiti nazionali, si constata un mancato raggiungimento di tali obiettivi nella maggior parte dei servizi ambulatoriali.

## 2. Pianificazione

L'ipotesi di lavoro principale sostiene che l'applicazione di algoritmi per la scelta delle priorità di accesso sia l'unico metodo per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Nella definizione degli algoritmi è determinante il coinvolgimen-

to e il consenso dei medici di medicina generale e degli specialisti. Nel presente lavoro verrà descritta l'esperienza presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento. Il modello in corso di sviluppo presso l'Azienda trentina utilizza percorsi differenziati di accesso, in maniera del tutto simile al modello australiano sopra citato (Shiraev and McGarry, 1995; 1996).

La fase di pianificazione iniziale dell'intero progetto ha previsto l'applicazione di una metodologia di persuasione e pianificazione, già descritta in letteratura (COMAC/CBO, 1991; Joss and Kogan, 1995; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1991).

Sono stati individuati alcuni reparti e servizi dell'ospedale di Trento e del distretto di Trento. Il primo passo, di

pianificazione, è consistito nella condivisione con gli specialisti di alcune informazioni ritenute determinanti nella discriminazione dei pazienti. Tali informazioni devono poter essere raccolte ed utilizzate dagli operatori del servizio centralizzato prenotazioni (SCP), il quale diventa «fulcro informativo» dell'intero processo di cambiamento. Il passo successivo, di azione, è consistito nella applicazione del modello per un periodo sufficientemente lungo. È stata quindi valutata la capacità degli operatori del SCP di discriminare le tipologie di pazienti, calcolando la concordanza con la valutazione dei medici al momento della visita e la predittività del modello. I reparti ed i servizi cosiddetti «traccianti» sono: il servizio di mammografia dell'unità operativa di radiologia dell'ospedale, il reparto di urologia dell'ospedale, il servizio di recupero e riabilitazione funzionale dell'ospedale ed il servizio di fisioterapia del distretto, il reparto di otorinolaringoiatria dell'ospedale. I dati che verranno presentati riguardano le esperienze a tutt'oggi più evolute: la prenotazione delle mammografie e la prenotazione delle visite urologiche. Con l'accordo dei medici specialisti delle rispettive branche, sono stati definiti i livelli di priorità, come indicato nelle tabelle 2 e 3.

**Tabella 2 - Case-mix di attesa per mammografia**

<i>Livello 0</i>	Ø
<i>Livello 1</i>	Domande da soddisfare entro 7 giorni dalla prenotazione. Ogni caso con prescrizione medica contenente la dicitura mammografia urgente. Casi cosiddetti «urgenti»
<i>Livello 2</i>	Domande da soddisfare entro 30 giorni dalla prenotazione. Ogni caso con prescrizione medica contenente una dicitura corrispondente ad uno specifico segno o sintomo. Casi cosiddetti «sintomatici»
<i>Livello 3</i>	Domande da soddisfare senza limiti di tempo specifici: comunque entro 3 mesi, ad eccezione dei casi con scadenza prefissata. Ogni caso cosiddetto «asintomatico»
<i>Livello 4</i>	Domande non prenotabili. La paziente viene invitata a tornare dal proprio medico di fiducia



Tabella 3 - Case-mix di attesa per visita urologica

Livello 0	Tali domande vengono rinviate al servizio di pronto soccorso ospedaliero. Ogni caso con prescrizione medica contenente la dicitura urgente. Casi che dichiarano alcuni specifici segni o sintomi
Livello 1	Domande da soddisfare entro 7 giorni dalla prenotazione
Livello 2	Domande da soddisfare senza limiti di tempo specifici: comunque entro 60 giorni
Livello 3	Ø
Livello 4	Domande non prenotabili. Il paziente viene invitato a tornare dal proprio medico di fiducia

Il terzo passo, di pianificazione, attualmente in corso, è caratterizzato dal coinvolgimento dei medici di pronto soccorso e dei medici di medicina generale al fine di approfondire e migliorare i percorsi differenziati e di uniformare il più possibile il linguaggio prescrittivo.

### 3. Valutazione

Nell'ambito dell'attività di prenotazione delle mammografie è stata valutata la capacità del modello (operatrice del SCP che valuta le informazioni contenute nella prescrizione medica e nella domanda verbale dell'utente sulla base dell'accordo con gli specialisti) di discriminare le tipologie delle pazienti nei livelli 1, 2, 3 (1). A tal fine è stato richiesto ai medici mammografisti di valutare la corretta discriminazione delle pazienti da parte delle operatrici del SCP. In un periodo prescelto (una settimana) i medici del servizio di mammografia hanno valutato 152 prenotazioni di mammografia corrispondenti ai 3 livelli, assegnando a ciascun caso il corretto livello. Nella tabella 4 è rappresentata la concordanza fra gli operatori del SCP (righe) ed i medici specialisti di mammografia (colonne).

Nella tabella 5 sono specificati i 5 casi di discordanza.

Come si può osservare, un solo caso (caso 5) è un «falso negativo» (2). La tabella 5 evidenzia inoltre che lo stru-

mento informatico consente di risalire all'operatore che ha generato la prenotazione. Ciò può essere utilizzato per ridurre gli errori sistematici (operatore 6). Sulla base dei dati indicati nella tabella 4, si rileva una elevata concordanza (valore del coefficiente K di Cohen = 0.92). La valutazione della predittività fra i livelli 1-2 e il livello 3 dimostra una predittività positiva dell'87.5% e una predittività negativa del 100%. Ciò dimostra la capacità del

modello di evitare soprattutto i «falsi negativi».

Anche nell'ambito dell'attività di urologia è stata valutata la capacità del modello (operatrice del SCP che valuta le informazioni contenute nella prescrizione medica e nella domanda verbale dell'utente sulla base dell'accordo con gli specialisti) di discriminare i pazienti di livello 1 (pazienti che devono aspettare meno di 7 giorni) dai pazienti di livello 2 (pazienti che possono aspettare 7-60 giorni). Per dare un ulteriore valore clinico al case-mix dell'attesa urologica, è stato richiesto agli urologi di valutare, al momento della visita medica, l'adeguatezza del tempo di attesa dal momento della prenotazione, secondo una scala soggettiva a tre gradi: tempo di attesa ritenuto clinicamente adeguato, anticipato o ritardato. In un periodo prescelto (tre settimane) sono state valutate con la scala a tre gradi 255 prenotazioni di visita urologica di livello 1 e 2. Nella

Tabella 4 - Diagonale delle concordanze fra operatore di prenotazione e medico di mammografia

		Medico specialista mammografia			Totale riga
		Livello 1	Livello 2	Livello 3	
Operatore SCP	Livello 1	7			7
	Livello 2	1	20	4	25
	Livello 3			120	120
	Tot. colonna	8	20	124	152

Coefficiente di concordanza K di Cohen = 0.92.

Tabella 5 - Casi discordanti di prenotazione di mammografia

CASO 1	Caso prenotato come livello 2, in realtà era un livello 3: presentava una mastodinia (operatore 02)
CASO 2	Caso prenotato come livello 2, in realtà era un livello 3: rientrava nei normali «screening» (operatore 06)
CASO 3	Caso prenotato come livello 2, in realtà era un livello 3: rientrava nei normali «screening» (operatore 06)
CASO 4	Caso prenotato come livello 2, in realtà era un livello 3: rientrava nei normali «screening» (operatore 06)
CASO 5	Caso prenotato come livello 2, in realtà era un livello 1 (operatore 07)

tabella 6 è rappresentata la concordanza fra gli operatori del SCP (righe) ed i medici specialisti urologi (colonne) nella discriminazione dei pazienti in base al livello.

Dalla tabella si evidenzia inoltre che gli specialisti hanno valutato con attesa adeguata 233 casi (mediana 28 giorni, *range* 1-46), con attesa anticipata 20 casi (mediana 3.5 giorni, *range* 1-10) e con attesa ritardata 2 casi (21 giorni di attesa in entrambi). Nella figura A sono rappresentati i casi di prenotazione in base al grado di adeguatezza clinica dell'attesa.

Con il coefficiente di concordanza K di Cohen è stata rilevata una discreta concordanza (statisticamente significativa). Si rileva una predittività positiva del 56% ed una predittività negativa del 99%.

Seppur i dati siano ancora preliminari si ritiene che il modello, sia nel caso della mammografia sia nel caso della visita urologica, sia sufficientemente capace di discriminare le tipologie di domanda, in particolare limitando i «falsi negativi».

#### 4. Pianificazione futura

Nella fase di standardizzazione dei processi di prenotazione è sorto il pro-

**Tabella 6 - Diagonale delle concordanze fra operatore di prenotazione e medico urologo**

		Medico specialista urologo		Totale riga
		Livello 1	Livello 2	
Operatore SCP	Livello 1	25	20	45
	Livello 2	2	208	210
	Tot. colonna	27	228	255

Coefficiente di concordanza K di Cohen = 0.65.

blema della riproducibilità del modello. Si è ritenuto pertanto necessario prevedere la realizzazione di un modello matematico di supporto, che consenta di rendere espliciti e quindi riproducibili i percorsi di scelta. Tale modello deve essere utilizzato da tutti gli operatori che prenotano una prestazione specialistica. A tal fine, nell'ambito di un sistema sanitario come quello dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, si è reso necessario disporre di uno strumento informatico che permetta la riproducibilità e la trasparenza dei percorsi differenziati del tempo di attesa. Un *software* utilizzato nella pubblica amministrazione per scelte di priorità nella distribuzione delle risorse in ambito universitario è già stato presentato in letteratura (Irlor e Barbieri, 1996). Un *software* utilizzato per differenziare i tempi di attesa, deve essere in grado di rendere esplici-

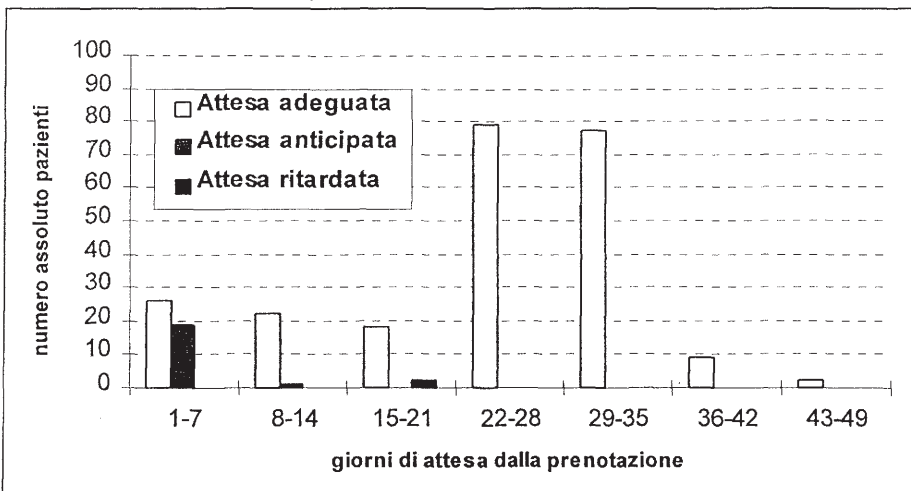
citi i percorsi di attribuzione del tempo di attesa, al fine di monitorare la variabilità generata dai numerosi fattori che intervengono in ciascun singolo caso di domanda di prestazione specialistica. Tale *software* dovrà essere in grado di fornire un supporto didattico a tutti gli attori coinvolti nel percorso di accesso alla prestazione. Di seguito verrà descritta la logica del *software* in corso di sviluppo presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che in una fase preliminare verrà utilizzato per la prenotazione della mammografia.

#### 5. Un algoritmo grafico per la prenotazione

Gli algoritmi per la scelta delle priorità di accesso alle prestazioni specialistiche si compongono di sequenze domanda-risposta basate sulle scelte prese consensualmente fra medici di base e medici specialisti. I percorsi risultanti si possono disegnare in forma grafica. In termini matematici formano un grafo diretto nel quale ogni risposta ad una domanda punta ad una successiva domanda fino ad arrivare ad una conclusione di prenotazione. Il primo passo verso un utilizzo sistematico degli algoritmi di scelta consiste quindi nella formalizzazione di questo grafo. Il formalismo comprende due modi di rappresentazione che si completano:

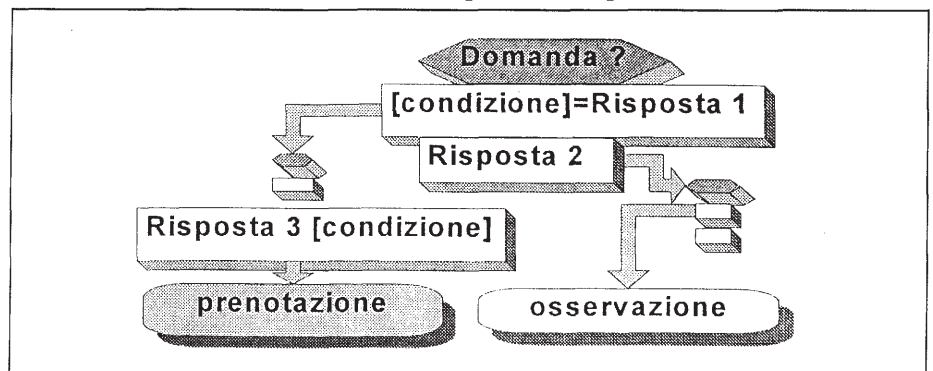
- a) il linguaggio grafico;
- b) la descrizione formale del percorso.

**Figura A - Visite urologiche ospedale S. Chiara di Trento**



La figura B esemplifica gli elementi costituenti del linguaggio grafico con le sue connessioni fra risposte e successive domande. Inoltre indica che la scelta di una risposta corrisponde alla conferma di una certa condizione, la cui validità può essere determinante nella risposta ad un'altra domanda. Il nome della condizione (p.e. «sintomatica») appare, insieme al carattere «=» di assegnazione, fra parentesi quadre alla sinistra della risposta per indicare che è un riassunto dell'affermazione del testo della risposta. Quando il nome della condizione appare nel testo della risposta significa che oltre alla validità dell'affermazione del testo della risposta deve valere anche la condizione, che deve quindi essere già confermata prima. In questo modo il grafo può essere disegnato in

Figura B - Prototipo di percorso domanda-risposta verso la prenotazione



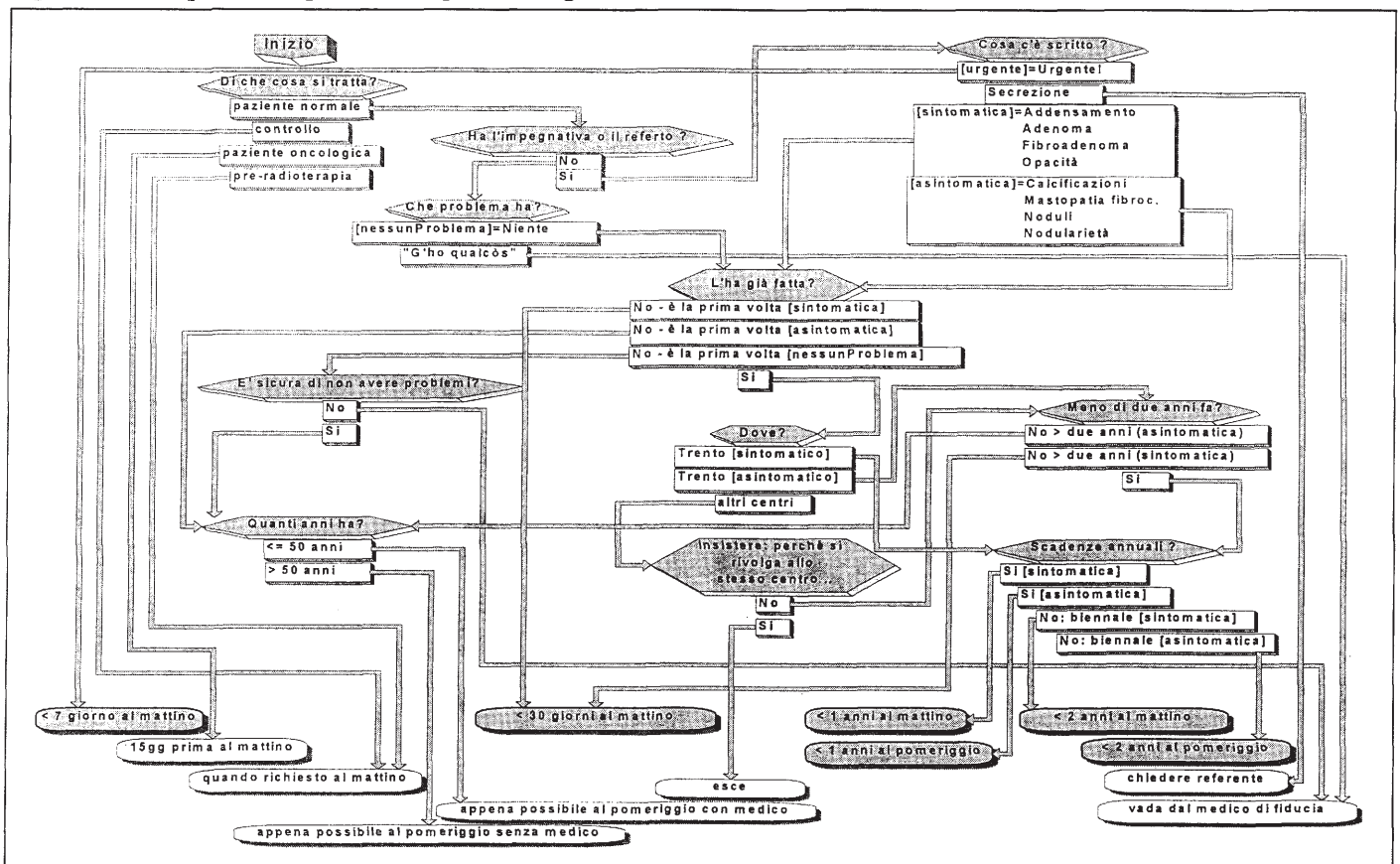
modo più compatto. L'ultima risposta punta verso la prenotazione stessa o ad un testo di commento. Nella figura C appare l'intero percorso.

**6. La formalizzazione del percorso**

Il linguaggio grafico riferito sopra

serve prevalentemente per la comunicazione e per la verifica umana degli algoritmi di scelta. Nei passi verso un aiuto computerizzato, gli algoritmi di scelta devono essere ulteriormente formalizzati. Ai fini di questa formalizzazione immaginiamoci una domanda e le sue risposte stese su una

Figura C - Intero percorso di prenotazione per mammografia



scheda. Lo schedario di tutte le domande può quindi essere «percorso» tirando le schede indicate nelle risposte. Una descrizione formale delle schede fornisce una rappresentazione testuale del grafo di scelta.

Il linguaggio astratto di definizione dei percorsi contiene pochi elementi elencati nella tabella 7. Le schede successive contengono un testo principale, che normalmente sarà il testo della domanda, e una lista di risposte, ciascuna delle quali porta ad una scheda di arrivo. L'ultima scheda contiene un avvertimento generale o la finestra di prenotazione.

### 7. La trasformazione del percorso in ipertesto

Un programma che utilizza la descrizione formale di un percorso di prenotazione deve presentare in successione le schede definite e, dopo l'attivazione di una risposta, deve «saltare» alla scheda connessa. Questo procedimento è l'uso comune di un cosiddetto ipertesto (Conklin, 1987) che rappresenta il paradigma dei supporti di aiuto in-linea e della lettura dell'internet. Il percorso di prenotazione diventa quindi un percorso di navigazione ipertestuale.

Il programma di questa navigazione funziona attraverso una rete di tipo inter/intranet. La programmazione avviene per mezzo di parametri utilizzando il linguaggio descritto sopra. La tabella 8 mostra un estratto del programma. All'utente appaiono delle finestre di dialogo come nelle figure D ed E.

Come si intuisce già dalle spiegazioni precedenti, sia le domande che le risposte rispecchiano il linguaggio di dialogo fra l'operatrice telefonica e la paziente che cerca una prenotazione. La presentazione successiva delle domande da porre alla paziente «guida» quindi l'operatrice nella rileva-

**Tabella 7 - Definizione del linguaggio dei percorsi**

Schedario =	<Scheda>;<Scheda>;...	Esempio:
Scheda =	<Nome scheda>	Richiesta
Contenuto scheda =	<testo della domanda?> <Lista di risposte:> <testo:> <Finestra di prenotazione>	Ha la richiesta?  Procurarsi l'impegnativa!
Lista di risposte =	<Risposta/Nome scheda di arrivo>, <Risposta/Nome scheda di arrivo>, ...	Si/Specifica, No/Problema
Risposta =	<testo risposta>: assegnazione variabile [ <i>&lt;variabile&gt;</i> ] = <testo risposta>: verifica condizione <testo risposta> [ <i>&lt;variabile&gt;</i> ] variabile = <nome una variabile booleana>	Urgente! [sintomatica] = Adenoma No - è la prima volta [asintomatica] [sintomatica]
Finestra di prenotazione =	<calendario>... <maschere di introduzione>	data, cognome, ..., commento

La definizione astratta del linguaggio permette la «programmazione» formale di nuovi percorsi. Per le loro verifiche è necessario un adeguato *software*.

**Tabella 8 - Schede del percorso mammografia**

«Schede="=" ...; Impegnativa; Specifica; Problema; Età; Già fatta; Dove; ...; Prenotazione»
...
«Impegnativa="=" Ce l'ha l'impegnativa?; No/Problema; Si/Specifica»
...
«Specifica="=" Mi legga l'impegnativa!; [ <i>urgente</i> ] = ... urgente .../7:Mattino; ...; [sintomatica] = Addensamento/Già fatta ... [asintomatica] = Nodularietà/Già fatta ...»
«Già fatta="=" Ha già fatto una mammografia?; Si/Dove; No - è la prima volta [sintomatica]/30:Mattino; No - è la prima volta [asintomatica]/Età; ...»

**Figura D - Scheda «Specifica» del percorso mammografia (insieme alla selezione della risposta evidenziata viene assegnata la variabile nelle parentesi)**

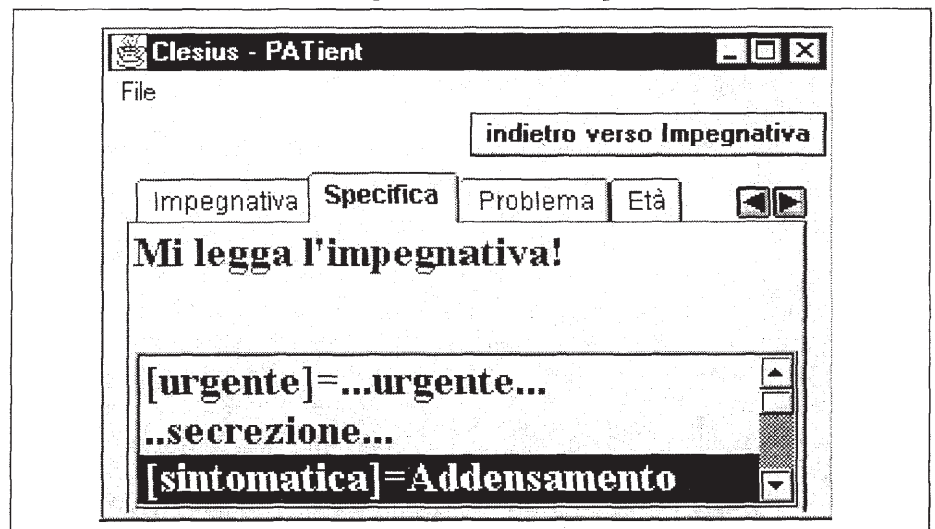
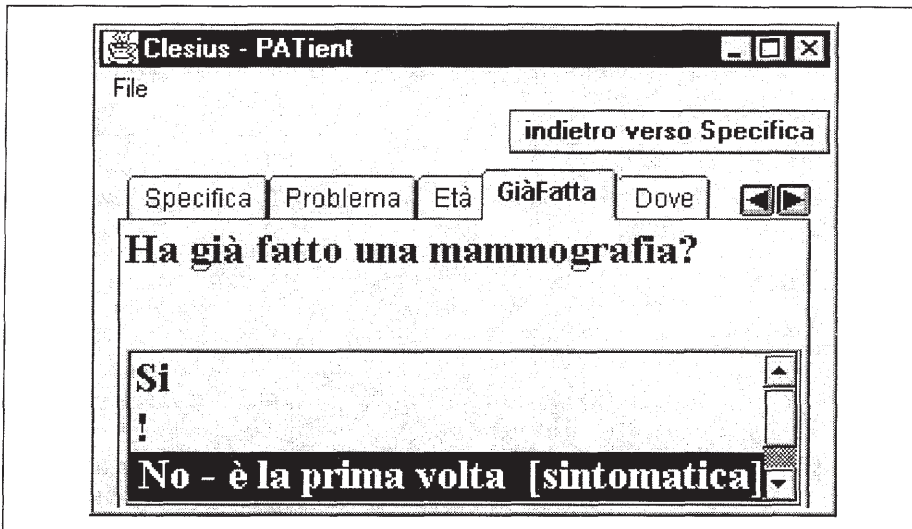


Figura E - Scheda «Già fatta» del percorso mammografia (solo le risposte che hanno una variabile assegnata sono selezionabili)



zione dei dati necessaria per l'assegnazione prioritaria dell'appuntamento con lo specialista. L'operatrice utilizza durante la telefonata solamente il puntatore del mouse e «clicca» sulle risposte date. Alla fine del dialogo, la scheda di prenotazione viene già predisposta al periodo corrispondente.

Uno sguardo nella base dei dati per questo periodo permette di indi-

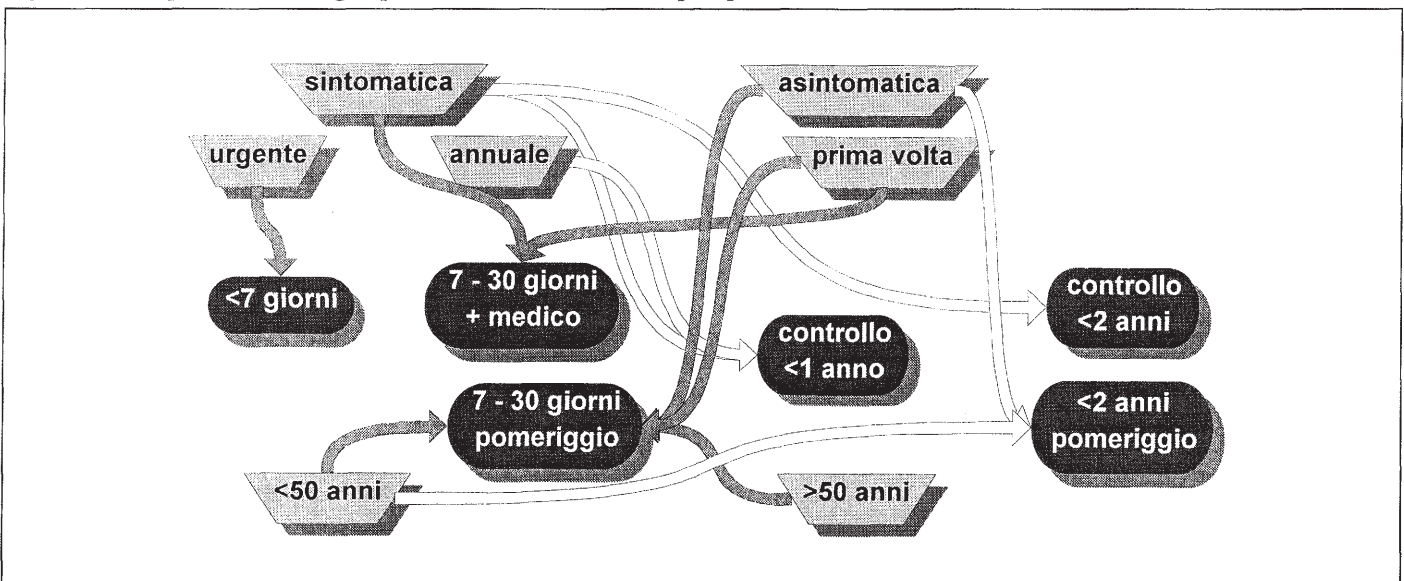
viduare lo spazio libero e di accordarlo con la paziente. In conclusione della prenotazione si memorizza la sequenza delle scelte ipertestuali insieme ai dati di prenotazione. Quando il medico specialista si pronuncia poi sulla concordanza fra il tempo di attesa e le esigenze mediche, si raggiunge un livello di *standard* e di controllo di qualità difficilmente eguagliabile.

### 8. Una logica a valori multipli per le prenotazioni

L'aiuto alla prenotazione appena descritto è un sistema esperto con attivazione ipertestuale. Sistemi del genere vengono impiegati per la manutenzione di macchinari e organizzazioni complesse (Akszyn *et al.*, 1988). Il loro limite metodologico sorge dalla logica categorica (si/no) inerente in una comunicazione uomo-macchina da risposte semplici. Come ulteriore sviluppo dell'aiuto alla prenotazione descritto proponiamo di ricorrere ad una estensione della logica tradizionale. Le reti logiche dei modelli tipo «Clesius» operano nell'ambito della distribuzione delle risorse pubbliche con una moltitudine di parametri qualitativi e quantitativi (Irlor e Barbieri, 1996). Un approccio di modello logico per la prenotazione è disegnato nella figura F.

Il modello visualizza le influenze di vari parametri su certi esiti di prenotazione. Una rilevazione continua dei dati quantitativi (tempi, età, graduazioni) può portare in modo conti-

Figura F - Esempio di modello logico per la determinazione dei tempi di prenotazione



nuo verso l'intervallo di prenotazione «ideale». La comunicazione dei dati al programma avviene in analogia a quanto descritto sopra. A differenza dell'approccio ipertestuale, che fissa il percorso in anticipo, una determinazione «sfuocata» dei termini di prenotazione riesce ad individuare ulteriormente la data di prenotazione. La logica «sfuocata» opera con una logica a tanti valori. Oltre a fornire una proposta di soluzione, le reti logiche operanti con questa logica consentono di rendere trasparente il risultato, aumentandone anche la valenza didattica.

---

(1) A titolo esemplificativo si riporta nella figura C l'algoritmo principale utilizzato dal SCP per differenziare le tipologie di domanda di mammografia.

(2) «Falso negativo»: paziente prenotato dal SCP in un livello superiore rispetto a quello ritenuto appropriato dal medico specialista. «Falso positivo»: paziente prenotato dal SCP in un livello inferiore rispetto a quello ritenuto appropriato dal medico specialista.

#### BIBLIOGRAFIA

- AKSCYN R., MCCrackEN D., YODER E. (1988), *KMS: A distributed hypermedia system for managing knowledge in organizations*, Comm ACM, 31, n.7: 820-835.
- AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI (1996), *Carta dei servizi pubblici sanitari servizio rapporti con il pubblico*, Centro stampa APSS, ottobre 1996.
- CONKLIN E.J. (1987), *Hypertext: An introduction and survey*, IEEE Computer, 20, n.9: 17-41.
- COMAC/HSR CBO (1996): Package 1. Methodology of a quality assurance study, in: *Concerted action programme on quality assurance in hospitals*, February 1991.
- GOODMAN J.C., MUSGRAVE G.L. (1991), *Twenty Myths About National Health Insurance*, National Center for Policy Analysis, Policy Report No. 128, Dallas, December 1991.
- IRLER W., BARBIERI G. (1996), *Clesius, esperienze nell'applicazione di una rete logica multivalore per le politiche sociali*, in (a cura di) P. Mercatali *et al.*, «Progetti di intelligenza artificiale per la Pubblica amministrazione», Franco Angeli, Milano.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (1991), *The Transition from QA to CQI. An Introduction to Quality Improvement in Health Care*, Joint Commission, Oakbrook Terrace (Illinois) 1991.
- JOSS R., KOGAN M. (1995), *Advancing quality: Total Quality Management in the National Health Service*, Open University Press.
- NATIONAL AUDIT OFFICE (1995), *National Health Service Outpatient Services in England and Wales*, Report by the Comptroller and Auditor General, London, 26 April 1995.
- PALMER H.R. (1988), *La valutazione degli interventi sanitari*, Ricerca & Pratica, 21: 69-126, maggio-giugno 1988.
- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (1990), *Tra salute e benessere. La ricerca del nuovo in una società evoluta*, (Indagine a cura del CENSIS) Collana di studi socioeconomici, agosto 1990.
- PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (1997), *I servizi resi dalle Pubbliche amministrazioni e il grado di soddisfazione dei cittadini*, Servizio statistica della Provincia autonoma di Trento, giugno 1997.
- RAMSAY C., WALKER M. (1996), *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (6<sup>th</sup> edition)*, Fraser Institute Report, Vancouver, August 1/96.
- SHIRAEV N., MCGARRY J. (1995), *Waiting list reduction program: Results to November 1995*, NSW Public Health Bulletin, 6: 147-150.
- SHIRAEV N., MCGARRY J. (1996), *Waiting list reduction program: March to December 1995*, NSW Public Health Bulletin, 7: 11-13.

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>





# IL SISTEMA SANITARIO BELGA

di Mario Piccoli Mazzini

U.S.L. 3 (Pistoia)

**SOMMARIO:** 1. Introduzione: lo Stato federale - 2. Il modello istituzionale del sistema sanitario belga - 3. Finanziamento del sistema sociale: rapporti e strutture nell'assistenza sanitaria - 3.1. Premessa - 3.2. I rapporti tra erogatori dei servizi, popolazione e terzo-pagante - 3.3. Il sistema mutualistico - 3.4. Le prestazioni sanitarie - 3.5. Altre strutture sanitarie - 4. L'assistenza ospedaliera - 4.1. L'organizzazione - 4.2. La proprietà e la gestione - 4.3. Le ristrutturazioni e i raggruppamenti - 4.4. Il personale - 4.5. Il finanziamento - 5. La promozione della qualità.

## 1. Introduzione: lo Stato federale

Con una popolazione attuale di 10.136.000 abitanti il Belgio è considerato uno dei Paesi europei a più alta densità. Dal 1993 lo Stato unitario (monarchia costituzionale), è divenuto uno Stato federale. In origine lo Stato centrale rappresentava l'istanza politica più elevata; i Comuni quella più vicina ai cittadini; un ente intermedio unico era rappresentato dalla provincia. L'evoluzione istituzionale mossa da fattori economici, culturali e linguistici ha imposto l'affermarsi di nuovi poteri tra lo Stato e le Province: sono così nate le Regioni (Wallonie-Fiandre-Bruxelles) e le *Communautés* (comunità linguistiche: quella francese, quella fiamminga, quella tedesca) (tabella 1).

Cinque sono pertanto i soggetti tra i quali suddividere lo Stato: il Governo

Federale, la *Communauté*, la Regione, la Provincia e il Comune.

Le tappe fondamentali che hanno segnato la formazione giuridica dello Stato Federale belga sono quattro:

a) la prima nel 1970 quando furono riconosciuti i gruppi linguistici in seno alle Camere ed a livello di Consiglio dei Ministri si instaurò la parità linguistica. In sostanza furono introdotte delle norme di garanzia, attraverso sia il riconoscimento di maggioranze speciali, sia attraverso strumenti procedurali che permettevano ai diversi rappresentanti dei gruppi linguistici (francofono e olandese) di sospendere la procedura parlamentare, interpellando il Consiglio dei Ministri e successivamente aprendo il dibattito nelle Camere. Sempre all'interno del Parlamento nascevano, parallelamente, delle nuove istituzioni chiamate «*Communautés culturelles*» formate

dagli eletti dei due gruppi linguistici. In questo periodo fu costituita la prima istituzione regionale: *Conseil Economiques régionaux et Sociétés de Développement Regional*. Tale istituzione aveva soprattutto un potere rappresentativo in quanto non poteva portare alcuna modifica alla legge statale;

b) poco prima del 1980 trova applicazione l'art. 107 *quater* della Costituzione, sia per la Regione di lingua olandese (Fiandre) che per la Regione francofona (Wallonie). A seguito di queste due riforme istituzionali prese forma anche la *Communauté* tedesca. È in questo periodo che le Regioni iniziano a ricevere alcune importanti competenze, rendendosi sempre più

---

Il presente articolo è frutto di uno stage svolto dall'autore nell'ambito del «Hope exchange programme for hospital professionals» (12 may to 22 june 1997), organizzato dal Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne e propone un'analisi del sistema socio-sanitario belga. L'autore desidera esprimere un ringraziamento, per la collaborazione ricevuta, a tutto lo staff della direzione dell'ospedale AMBROISE PARE di Mons ed in particolare al direttore del dipartimento amministrativo-finanziario Mme F. Draux.

Tabella 1

Regioni	Fiandre 5.825.000 abitanti	Bruxelles 950.000 abitanti	Wallonie 3.361.000 abitanti	
Communautes	Fiamminga		Francese	Tedesca 60.000 abitanti
lingua	olandese	francese/olandese	francese	tedesco

assimilabili a quelle italiane, una «Court d'Arbitrage» giudicherà sugli eventuali conflitti di competenza;

c) nel 1988-1989 anche Bruxelles vede costituirsi le proprie istituzioni regionali e le *Communautés* iniziano ad avere un proprio bilancio per le loro competenze. In questo periodo, anche le Regioni sviluppano le competenze con i relativi trasferimenti finanziari. Sono soprattutto questi, gli anni in cui lo Stato si impegna a rafforzare i bilanci federali.

Il processo riformatore dello Stato federale si completa nel 1993, dopo un periodo sperimentale con una riforma volta a migliorare la coerenza e l'efficacia della struttura federale. Si ha la definitiva costituzione dei vari Consigli regionali e delle *Communautés* con l'attribuzione di nuove competenze e relative forme di finanziamento: la riforma delle minoranze linguistiche; la riforma dell'amministrazione centrale con la riduzione del numero dei ministeri e l'incompatibilità tra incarico ministeriale e mandato parlamentare; l'introduzione di nuove tecniche gestionali delle risorse pubbliche. Si è giunti così a sancire nella carta costituzionale belga che «Il Belgio è uno Stato federale formato da *Communautés* e da Regioni». Lo Stato centrale mantiene in particolare le seguenti competenze: giustizia, finanza, sicurezza sociale, direzione delle relazioni internazionali (anche le Regioni e le *Communautés* nell'ambito delle loro competenze possono concludere dei trattati internazionali), alcuni aspetti della sanità, che saranno oggetto di una più approfondita analisi, alcuni aspetti degli affari interni etc.

Il Governo federale risponde al Parlamento federale, quest'ultimo si compone di due camere: la Camera dei Rappresentanti e la Camera del Senato. Al fine di snellire la procedura di formazione della legge è previsto che il voto maggioritario della Camera

può essere sufficiente affinché un progetto divenga legge. Il Senato può comunque intervenire con una richiesta di revisione che deve essere formulata da almeno quindici senatori, entro quindici giorni dal ricevimento del progetto. Se il Senato adotta degli emendamenti, questi sono trasmessi alla Camera per la decisione finale.

Gli ambiti d'intervento del Senato sono più limitati. Esso mantiene comunque l'iniziativa legislativa, nei confronti della quale la Camera ha l'obbligo di prendere una decisione entro sessanta giorni. Il Senato ha inoltre il compito di pronunciarsi sui conflitti di competenza che possono sorgere tra il parlamento federale e i Consigli.

Le competenze delle *Communautés* sono legate prevalentemente ad interessi di natura socio-culturale come l'insegnamento, l'impiego della lingua anche nella amministrazione pubblica, la tutela della gioventù, alcuni aspetti della politica sanitaria (prevenzione etc.), alcuni aspetti della ricerca scientifica. La soggettività giuridica riconosciuta delle *Communautés* rende senz'altro originale l'esperienza dello Stato Federale belga.

Le Regioni sono invece realtà istituzionali legate ad interessi economici anche se circoscritti in ambiti territoriali determinati. I settori principali sono la pianificazione del territorio e l'urbanistica, l'inquinamento ambien-

tale, l'agricoltura, la politica della casa, gli enti locali, l'energia, la ricerca scientifica, il lavoro, i trasporti, il commercio, il credito e l'economia, etc.

Rispetto al funzionamento di questo complesso sistema istituzionale, non è possibile soffermarci oltre. Si segnala tuttavia che dopo la riforma dello Stato del 1993, la *Communauté* francese ha trasferito diverse competenze, tra le quali la promozione sociale, la formazione professionale, parte della politica sanitaria, l'aiuto e l'assistenza alle famiglie, alla Regione di Bruxelles e alla Regione Wallonie. Non vi è stato inoltre, nonostante il marcato decentramento di potere alcun aumento dei seggi parlamentari come si può osservare nella tabella 2.

Anche la ripartizione dei venticinque deputati europei è stata modificata: 14 seggi sono previsti per il collegio elettorale della *Communauté* olandese, 10 per quello francese e 1 per quello tedesco.

In rapporto al trasferimento di competenze le Regioni e le *Communautés* hanno ricevuto il finanziamento dallo Stato senza ottenere ancora la regionalizzazione delle imposte e tasse. L'obiettivo per il duemila, sarà quello di legare le risorse delle *Communautés* e delle Regioni all'imposta sulle persone fisiche. Fermo restando la possibilità per le Regioni di levare nuove imposte entro certi limiti, il problema del

Tabella 2

Numero dei seggi dei seggi	Prima della riforma	Dopo la riforma
Camera .....	212	150
Senato .....	184	50
Consigli regionali e Communauté .....	0	193
<b>Totale</b> .....	<b>396</b>	<b>393</b>
Consiglio regionale Bruxelles .....	75	75
Consiglio Communauté tedesca .....	25	25

Fonte: I.n.i.b.e.l. Bruxelles 1995.

finanziamento resta aperto ed è al centro del dibattito politico.

Le *Communautés* ricevono integralmente il canone radio-televisivo, che è divenuta un'imposta delle *Communautés* (in piccola parte versata alle Regioni), una quota delle imposte sulle persone fisiche ed hanno altre entrate proprie non fiscali. Gli organi esecutivi delle Regioni e delle *Communautés* dispongono di un proprio apparato burocratico-amministrativo formatosi con funzionari trasferiti dalle varie amministrazioni nazionali in funzione delle competenze assegnate (1).

## 2. Il modello istituzionale del sistema sanitario belga

Come in molti altri paesi europei agli inizi del novecento l'amministrazione sanitaria veniva gestita in seno al Ministero degli interni. Con un decreto reale del 13 giugno 1936 fu creato il Ministero della sanità pubblica, nel 1995 il Ministero della sanità e dell'ambiente e quello della previdenza sociale vengono fusi in un unico dicastero: il Ministero degli affari sociali, della sanità pubblica e dell'ambiente con l'organigramma della figura 1.

Dal punto di vista della gestione, anche in questo paese, i servizi sanitari sono in continua evoluzione. Negli ultimi dieci anni sono stati oggetto di varie riforme volte prevalentemente a perseguire l'obiettivo di riduzione dell'offerta sanitaria ospedaliera (riduzione dei posti letto; riduzione delle giornate di degenza etc.), cercando di favorire forme alternative di servizi, soprattutto per pazienti cronici. Riforme strutturali perciò, ma anche riforme gestionali. È stato avviato infatti anche un cambiamento del sistema di finanziamento volto ad introdurre metodologie di budget per attività e viene inoltre favorita la creazione di strutture di concertazione tra i vari protago-

nisti nella gestione della sanità (manager degli ospedali; medici; mutue-assicurazioni etc.); sono in fase di riforma i servizi dell'emergenza, della medicina di base, della formazione per gli infermieri ma anche per i medici ospedalieri. Lo Stato federale mantiene ancora il potere di decretare il quadro generale della politica ospedaliera: stabilisce le regole di base della programmazione, fissa i principi che hanno un impatto sulla gestione, fissa le regole di base concernenti il finanziamento delle infrastrutture e degli apparecchi medicali che hanno una più alta rilevanza, fissa la liquidazione delle sovvenzioni, degli avanzi e delle perdite degli ospedali pubblici.

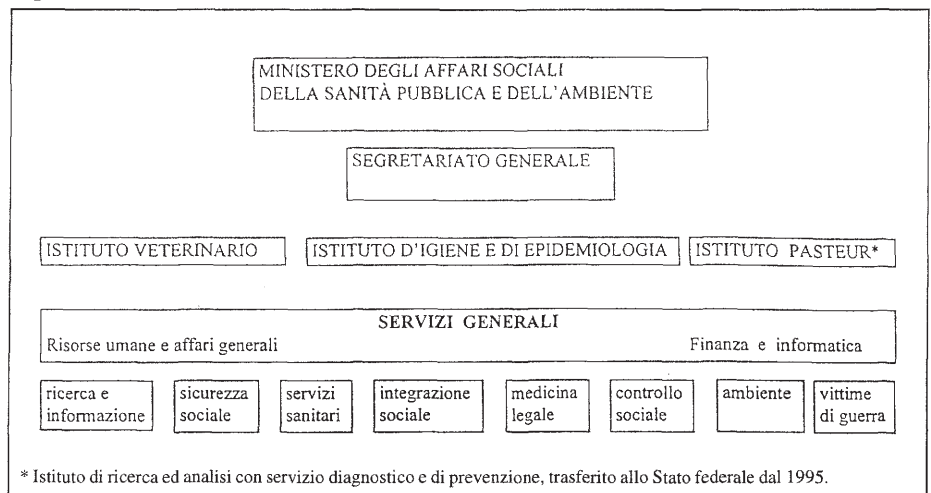
Anche il sistema sanitario belga si trova oggi ad un crocevia sia sul piano economico (austerità) che sul piano giuridico dove la regolamentazione e l'assetto sono rimessi in discussione (2) e dove peraltro il contesto sociale e politico è reso molto più difficile dalle differenze linguistiche e da una certa «competizione» tra il sistema ospedaliero privato (in maggioranza) e quello pubblico, che per quanto siano disciplinati dallo stesso sistema normativo, non sempre sono soggetti (in teoria) agli stessi obblighi nei confronti della domanda. La spesa pubbli-

ca per la sanità in Belgio ammontava nel 1995 a circa 27.850 miliardi, di questi circa 21.800 a carico della sicurezza sociale (I.N.A.M.I.), 4.200 miliardi a carico dei pazienti e i restanti 1.850 a carico dello Stato per il finanziamento parziale degli ospedali (3). Ciò senza tenere conto della medicina preventiva (regionalizzata o assegnata alle *Communautés*), né delle altre forme parallele di medicina alternativa il cui impatto sulla spesa resta difficile da valutare (4). I fattori che determinano un aumento tendenziale della spesa sanitaria sono simili a quelli di molti altri paesi: l'invecchiamento della popolazione (soprattutto per i prodotti farmaceutici, v. tabella 3); gli aspetti economici generali, riduzione del prodotto interno, del consumo, delle entrate dello Stato (disoccupazione); lo sviluppo tecnologico; alcuni aspetti politici legati alla organizzazione di uno Stato che pur mantenendo accentrate le decisioni finanziarie in materia sanitaria, risente di un con-

**Tabella 3 - Consumo dei prodotti farmaceutici in Belgio in funzione dell'età**

Età	1-19	20-39	40-64	> 65
% popolazione	25	30	30	15
% consumo	12	16	35	37
Indice di consumo	0,5	0,5	1	2,1

**Figura 1**



dizionamento delle decisioni assunte a livello locale, non permettendo di avere un efficace controllo sui costi. In fondo, come si è visto, si tratta di uno Stato federale che tuttavia deve portare ancora a compimento la fase attuativa e che pertanto risente delle contraddizioni che si formano nei periodi di transizione. Nella dialettica del dibattito politico non manca infatti chi usa il termine «secessione».

Vi sono inoltre altri aspetti legati da un lato, alla libertà di scelta entro cui il cittadino formula la sua domanda (i pazienti hanno l'accesso diretto e libero per le varie specialità), dall'altro alla libertà terapeutica da parte dei medici che pur potendo generare un aumento dei costi vengono viste soprattutto come garanzia di una migliore qualità dei servizi erogati e pertanto non poste in discussione. Va ricordato infatti che rispetto a quasi tutti gli altri paesi europei in Belgio si riscontra un alto livello di gradimento dei servizi sanitari da parte degli utenti come risulta da un'indagine condotta nel 1992 (v. tabelle 4 e 5).

Naturalmente anche qui si impone una valutazione del rapporto qualità-prezzo e ciò implica la ridefinizione del ruolo originale di ogni soggetto. In genere, parte della letteratura in materia, sottolinea un buon livello di efficienza: le spese per i servizi sanitari ammontano a circa 48.000 fr. b. per abitante all'anno e cioè il 7,5% del prodotto interno lordo, che pone il Belgio leggermente sotto la media dei paesi OECD. Come gran parte dei paesi industrializzati, le spese del settore ospedaliero rappresentano circa il 50% e le spese per i farmaci, che come abbiamo segnalato sono in aumento negli ultimi anni, rappresentano circa il 15% della spesa totale.

Storicamente il sistema si regge sulle convenzioni annuali tra gli attori principali, prestatori di servizi sanitari e organismi assicuratori (mutue) a fi-

**Tabella 4 - Consumo dei prodotti farmaceutici in Belgio in funzione dell'età**

Stato	Buona qualità (1)	Servizi inefficienti (2)	Assistenza san. di qualità inferiore in futuro (3)	Maggiore disponibilità a pagare (4)
Belgio.....	92	37	54	47
Danimarca.....	93	46	67	54
Germania.....	91	27	53	32
Grecia.....	25	82	47	65
Irlanda.....	74	58	65	37
Italia.....	34	82	55	52
Lussemburgo.....	89	32	27	61
Olanda.....	93	32	57	45
Portogallo.....	43	80	55	66
Regno Unito.....	81	43	64	54
Spagna.....	36	72	39	51

Fonte: M. Ferrara, Citizen and social Protection: main result from a Eurobarometer survey. Bruxelles, 1993.

- (1) In generale, pensa che la qualità dell'assistenza sanitaria erogata nel suo Paese sia buona?
- (2) I servizi sanitari disponibili ed erogati alla popolazione sono inefficienti e i pazienti non sono trattati come dovrebbero?
- (3) In futuro l'assistenza sanitaria fornita alla popolazione del suo Paese sarà di qualità inferiore a causa dell'aumento dei costi?
- (4) Sono disposto a pagare di più per l'assistenza sanitaria anche se questo aumenterà il mio carico fiscale.

liazione politica. Lo Stato finanzia i servizi attraverso la tassazione diretta e indiretta e regola la politica sanitaria organizzando la piramide sanitaria in funzione delle sue entrate. Domina e coordina la «competizione» e controlla per i cittadini che vi sia una reale libertà di scelta dei medici e degli ospedali così come garantisce la libertà terapeutica e diagnostica.

### 3. Finanziamento del sistema sociale; rapporti e strutture nell'assistenza sanitaria

#### 3.1. Premessa

Il sistema di sicurezza sociale in Belgio rientra nel quadro di una moderna politica di sicurezza sociale volta a garantire a tutti i consociati non solo il «rischio sociale», ma anche la prevenzione dei rischi, la reintegrazione nell'ambito della vita professionale attiva grazie ad una rieducazione pro-

fessionale e funzionale, la politica del pieno impiego. I settori principali d'intervento sono: gli incidenti sul lavoro, le allocazioni varie alle famiglie e alla persona, le malattie, l'invalidità, le malattie professionali, le pensioni, la disoccupazione etc.

Il finanziamento del sistema sociale si fonda principalmente su prelievi proporzionali sulle varie remunerazioni, ripartite tra lavoratori (circa il 13% del salario) e datori di lavoro (32/35% della remunerazione), i professionisti e le altre categorie versano quote in relazione ai servizi che possono ricevere (es. sanitari), oltre che dalle sovvenzioni dello Stato, queste ulti-

**Tabella 5**

Belgio (1993)	Donne	Uomini
Speranza di vita alla nascita.....	79,8	73,0

Fonte: Eco-santè oecd 1996.

me in costante regressione in rapporto agli introiti totali del sistema (5). Il versamento viene effettuato all'O.N.S.S. (*Office National de Sécurité Sociale*) organismo dotato di personalità giuridica e gestito da un comitato paritario composto da rappresentanti dei datori di lavoro e rappresentanti dei lavoratori con il compito principale di ripartire le risorse tra i vari settori della sicurezza sociale. Il sistema si articola in un pluralismo istituzionale che si caratterizza per avere da un lato un organismo pubblico che si occupa esclusivamente del prelievo e dall'altro organismi, anche privati, che si occupano dei pagamenti nei rispettivi settori della sicurezza e della previdenza sociale, con l'esclusione del settore pensioni.

La ritenuta principale per il finanziamento della sanità è fissata sulle remunerazioni per una quota del 7,35% di cui 3,55% a carico del lavoratore e il restante 3,80% a carico del datore di lavoro. Vi sono poi ritenute sulle pensioni con percentuali inferiori e con particolari eccezioni sui redditi inferiori; ritenute sui premi assicurativi per la responsabilità civile sulle auto o su altre forme assicurative etc., vi è infine, l'intervento dello Stato in tutti quei casi di particolare rilevanza sociale. Si tratta in sostanza di un finanziamento-pagamento misto che secondo alcuni economisti ha permesso, in una certa misura, di limitare l'esplosione dei costi e di contenerli in una proporzione relativamente ragionevole (6).

Ciò tuttavia, non sminuisce il luogo comune, presente anche in Belgio, che evidenzia come in questi ultimi anni i costi della politica sanitaria siano elevati e la loro crescita sia in continuo aumento. L'evoluzione nel tempo, dell'impatto sul bilancio dello Stato per il finanziamento (di una parte) delle spese sostenute dagli ospedali, non

coperte dal sistema assicurativo, si può osservare nella tabella 6.

Per quanto riguarda la tutela contro le malattie e l'invalidità il sistema odierno di assicurazione obbligatoria entra in vigore nel 1945. Fino ad allora il settore era coperto da mutue private sorte all'inizio del secolo e che dal quel momento furono coinvolte nella messa in opera del nuovo sistema assicurativo (7). La prima importante riforma, del sistema, richiesta sia da motivi finanziari sia dalla necessità di un intervento dello Stato più efficace, vi è stata con la legge del 9 agosto 1963 che combinata con la legge del 23 dicembre stesso anno sul sistema ospedaliero, delinearono implicitamente quello che in Italia definiamo «diritto alla (tutela della) salute» basato sui seguenti principi:

- accesso alle cure mediche (gratuità; libertà ...);
- garanzia della qualità dei servizi sanitari;
- costo (sociale) tollerabile dalla comunità.

Il primo punto è regolato dalla programmazione; il secondo dalle norme sull'accreditamento; il terzo dal *budget*.

### 3.2. I rapporti tra erogatori dei servizi, popolazione e terzo-pagante

L'assicurazione in materia di servizi sanitari, oggi copre quasi l'intera popolazione, per i liberi professionisti si prevede una copertura solo per i «grossi rischi» (8). Le prestazioni sanitarie comprendono tutti i servizi, preventivi, di diagnosi e cura necessari a mantenere o ristabilire lo stato di

salute. Le prestazioni prese in considerazione dal sistema assicurativo sono tutte quelle incluse nel nomenclatore nazionale che stabilisce il valore e le regole di applicazione. Il sistema di pagamento della prestazione è indiretto, nel senso che il cittadino paga la prestazione e riceve una attestazione dei servizi resi che dovrà indirizzare all'organismo assicuratore per poter essere rimborsato, nel caso di indigenti vi è l'intervento del Comune attraverso un organismo denominato «centro pubblico per l'aiuto sociale» (C.P.A.S.) (9).

Il rimborso non sempre rispetta l'onorario e/o il prezzo pagato, ciò, sia perché l'assicurazione/mutua non copre il 100% di tutte le prestazioni sanitarie sia perché non vengono riconosciute le spese reali ma le tariffe che sono fissate convenzionalmente dai rappresentanti degli organismi assicuratori e dai rappresentati degli erogatori delle prestazioni previa approvazione del Ministero. Per queste ultime il rimborso è totale, eccetto la parte che lo Stato pone a carico dell'utente: «*ticket moderatore*» così chiamato per mettere in evidenza l'intento di evitare un ricorso abusivo ed ingiustificato alle prestazioni sanitarie. Anche per i prodotti farmaceutici esiste un contributo personale che da zero arriva all'ottanta per cento di contributo, nell'ambito delle cinque categorie in cui sono suddivisi i prodotti farmaceutici a seconda della loro utilità sociale o terapeutica.

In caso di ospedalizzazione l'intervento dell'assicurazione copre il 100% della retta giornaliera in camera comune, cioè in una camera con più di

Tabella 6 - Crescita dal 1982 al 1994 = 121 %

Anni	1982	1985	1987	1990	1992	1994
Fr.B. milioni .....	15.144	21.507	22.634	27.325	29.527	33.500

Fonte: Ministère de la Santé publique, Annuaire statistique des Hôpitaux. Bruxelles.

due letti. Un supplemento è dovuto per la camera singola, salvo il caso di particolari condizioni o necessità richieste dallo stato di salute del malato, nel qual caso la degenza in camera singola è assimilata a quella in camera comune. Per il primo giorno di ospedalizzazione è previsto un *ticket*, il cui importo è ridotto per i minori, le persone a carico e per particolari categorie di persone (invalidi; pensionati; vedove/i etc.). Dal secondo giorno fino all'ottavo l'intervento dell'assicurazione diminuisce leggermente e progressivamente tende a diminuire mano a mano che aumentano i giorni di degenza.

In deroga alla procedura consueta (sistema indiretto), gli accordi o le convenzioni citate, possono prevedere dei regimi speciali. Il sistema del «terzo-pagante» è stato reso obbligatorio per decreto per le prestazioni fornite nell'ospedale, con l'eccezione per le visite e le consultazioni ordinarie dei medici e odontoiatri. Naturalmente per essere inseriti nel sistema del «terzo-pagante» si deve sottostare a varie condizioni, la più importante è quella di aver aderito all'accordo convenzionale medici/mutue. Peraltro tutti coloro che non aderiscono a tale accordo, sono in qualche modo penalizzati attraverso una diminuzione sensibile del rimborso, che obbliga ad una maggiore partecipazione del cittadino.

All'interno del sistema descritto, un ruolo fondamentale è rivestito dall'*Institu National d'Assurance Maladie-Invalidite* (I.N.A.M.I.). Esso assicura la gestione amministrativa e finanziaria ed il funzionamento dell'assistenza sanitaria (sostenendo le spese per le malattie) da una parte e le varie forme di indennità durante i periodi di assenza dal lavoro per malattia, gravidanza, incidenti sul lavoro etc. ad eccezione dei casi in cui la responsabilità sia addebitabile ad un terzo ovvero sia di natura dolosa da parte dell'assicurato. Le

prestazioni sanitarie includono anche le cure preventive e riguardano le visite e le consultazioni dei medici di base, degli specialisti, l'ospedalizzazione, l'assistenza infermieristica, il parto, la fornitura di medicinali, di protesi varie (dalle lenti per gli occhiali, agli apparecchi auditivi, ortopedici, protesi in genere).

Come abbiamo già sottolineato tutte le prestazioni erogate, per essere rimborsate devono figurare in un nomenclatore, in caso di ospedalizzazione il rimborso non si effettua sulla base degli onorari o prezzi realmente pagati/sostenuti, bensì sulla base di un tariffario fissato in una convenzione e definito da un collegio paritario formato dai vari rappresentanti degli organismi assicuratori e dai rappresentanti delle differenti professioni sanitarie mediche e paramediche.

A questo istituto, avente una natura giuridica pubblica, spettano inoltre importanti compiti di controllo sia di natura amministrativa che sanitaria, concernenti l'applicazione del sistema assicurativo nei riguardi di coloro che erogano i servizi e nei confronti dei soggetti assicuratori ovvero le mutue assicuratrici.

### 3.3. Il sistema mutualistico

Negli anni ottanta il sistema mutualistico è stato al centro di una polemica legata alla utilizzazione che queste istituzioni facevano dei finanziamenti erogati dallo Stato (O.N.S.S.) nel quadro della legge sull'assicurazione obbligatoria malattia-invalidità. Vi fu il rinvio a giudizio di otto dirigenti delle mutue, uno dei quali condannato ad una pena simbolica, ma vi fu soprattutto un giudizio politico di trovarsi di fronte ad un «imbroglio di disposizioni normative e regolamentari poco chiare» (10).

L'epilogo di questa situazione si ebbe con la legge del 6 agosto 1990

che specificò per le mutue, le condizioni da soddisfare per ottenere la personalità giuridica, le regole di base per il loro funzionamento, gli organi di controllo, l'obbligo di trasparenza e riconoscendogli un ruolo privilegiato nell'ambito della sanità.

Il legislatore pertanto nel 1990 nell'ambito del sistema di sicurezza sociale, rende organica la presenza delle mutue definendole con la legge del 6 agosto: «Associazioni di persone fisiche che in uno spirito di solidarietà, previdenza, assistenza, hanno per scopo la promozione del benessere fisico, psichico e sociale. Esse esercitano la loro attività senza scopo di lucro».

Le mutue, nell'ambito del sistema assicurativo obbligatorio per le malattie e l'invalidità, assicurano gli interventi finanziari per i propri affiliati e per le persone a loro carico nelle spese sanitarie di vario genere e svolgono funzioni di promozione sociale, di aiuto ed informazione. In ordine di grandezza sono rappresentate principalmente da quattro grandi gruppi: l'*Alliance Nationale des Mutualités Chretiennes* (A.N.M.C.); l'*Union Nationale des Mutualités Socialistes* (U.N.M.S.); l'*Union Nationale des Mutualités Libérales* (U.N.M.L.) ed infine una Unione Neutrale.

Anche in Belgio, nel quadro della modernizzazione dei sistemi di sicurezza sociale si sta sempre più sviluppando, in una logica di complementarità, un sistema di assicurazione privata per le sanità. La crescita di tale interesse, aldilà delle strategie di mercato dei vari gruppi assicurativi, è dovuta soprattutto al fatto che la popolazione deve sopportare una parte sempre più impegnativa delle spese per i servizi sanitari. Oltre al ruolo di collaborazione privilegiata che le mutue rivestono nel sistema di assicurazione malattie-invalidità obbligatoria che legittima la loro funzione di assicuratori sociali, nonché la missione di aiuto materiale

sociale e giuridico (11) le mutue possono agire anche nel quadro dell'assicurazione libera e complementare, coprire i rischi che l'assicurazione obbligatoria non prende in considerazione, infine organizzare servizi vari per i propri affiliati. Per tali attività la legge impone la tenuta di una contabilità separata da quella sull'assicurazione obbligatoria e distinta per ogni servizio. Sempre ai sensi della legge citata è stato costituito un ufficio pubblico con personalità giuridica, avente lo specifico compito di valutare l'aderenza delle attività delle mutue ai principi di assistenza, previdenza e solidarietà controllando tutte le operazioni contabili, finanziarie e statutarie ed infine verificare l'adeguamento delle attività, delle mutue o unioni nazionali, al concetto di sanità definito dalla legge (vedi schema allegato).

### 3.4. Le prestazioni sanitarie

In Belgio l'accesso per la formazione dei medici è libero, si contano circa 30.000 medici (odontoiatri esclusi) con una densità di un medico ogni 350 abitanti, la metà dei quali sono medici di base, mentre l'altra metà sono specialisti e lavorano presso ospedali, policlinici etc. La gran parte dei medici svolge la propria attività in regime libero professionale e vengono remunerati a prestazione. Ogni atto medico è catalogato in un nomenclatore che prevede quasi 10.000 tipologie di prestazioni, per ognuna delle quali è prevista una tariffa negoziata nell'ambito di una convenzione tra i soggetti interessati (INAMI/Enti-mutue/Medici) che viene generalmente osservata da circa l'80% dei medici e che garantisce, ai pazienti, una certa sicurezza e trasparenza delle tariffe.

Si contano inoltre un medico odontoiatra ogni 1.800 abitanti che lavora generalmente presso un proprio ambulatorio e le cui prestazioni vengono

rimborsate in una percentuale che va dal 5% al 75% del costo.

I servizi infermieristici sono assicurati anche a domicilio, sia da infermieri libero professionisti sia da organizzazioni specializzate, nell'ambito di un coordinamento dei servizi domiciliari che coinvolge medici, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali etc. Vi sono infatti sul territorio delle strutture assimilabili ai nostri distretti sanitari, chiamati, direi in modo opportuno «centri di coordinamento di cure a domicilio».

Per quanto riguarda gli ospedali, vi sono 379 ospedali suddivisi in 307 h. generali (di cui 8 universitari) e 72 psichiatrici). Si stimano circa 59.000 posti letto per gli ospedali generali e 17.20 per quelli psichiatrici (v. tabella 7), con circa 7,6 letti per 1000 abitanti. Come abbiamo segnalato, quasi il 60% degli ospedali sono privati (senza scopo di lucro) e il 40% sono pubblici di proprietà delle autorità locali.

Il largo ventaglio di strutture sanitarie ed ospedaliere presenti in Belgio devono tuttavia misurarsi con una situazione budgetaria sempre più difficile che obbliga ad un assestamento della finanza pubblica ed un maggiore rigore e controllo sull'evoluzione della spesa. Dal momento che la gestione dei servizi sanitari esige un impiego parsimonioso delle risorse, diventa imperativo, per i vari responsabili dei servizi sanitari conoscere con esattezza i costi che essi procurano. In questo quadro, nel 1995 il Consiglio dei Ministri ha adottato una nota di orientamento sulla politica ospedaliera i cui aspetti principali possono così essere sintetizzati:

— ricercare una nuova forma di concertazione tra ospedali, medici, mutue/assicurazioni ed autorità politiche locali che costituisca luogo di scambio su tutte le informazioni relative al settore, con lo scopo preciso di definire un sistema di finanziamento coerente e trasparente per gli ospedali;

— costituire una banca dati unica, che permetta una corretta composizione dei dati per effettuare una comparazione tra gli ospedali sui costi per patologia e che abbia come obiettivo di rendere più efficiente ed efficace il sistema sanitario partendo da una sana gestione di tutti i presidi sanitari;

— integrare il sistema di finanziamento, effettuato sulla base di criteri quantitativi (n. posti letto etc.) con il finanziamento per patologia trattata;

— intensificare la riconversione dei posti letto per acuti, ovvero ridurre ulteriormente il numero;

— favorire forme di finanziamento a *forfait* per alcuni servizi (es. laboratorio) con l'obiettivo di diminuire il consumo;

— modificare le regole di valutazione delle attività in *day-hospital* per incoraggiare tali servizi;

— obbligare le mutue ad effettuare i pagamenti con celerità anche nei confronti degli ospedali.

### 3.5. Altre strutture sanitarie

Negli ultimi anni hanno avuto un notevole incremento, le residenze per anziani (*maisons de repos et de soins*) che necessitano di cure infermieristiche e che si inseriscono completamente nel sistema sopra rappresentato. Anche queste strutture pertanto, devo-

Tabella 7

Letti per acuti	Letti per cronici	Psichiatria	Psichiatria geriatrica
55.899	3.800	15.849	1.360

Fonte: Oecd 1996 (anno di riferimento 1994).

no rispondere ad un sistema di accreditamento presso il Ministero ed originano prevalentemente sia dalla riconversione dei letti ospedalieri dismessi, sia dalla ristrutturazione di vecchie strutture con analoga destinazione.

Oggi si contano circa 2 letti per 1.000 abitanti. La legge quadro sugli ospedali prevede delle regole amministrative diversificate per i letti ospedalieri, i letti per persone anziane e i letti per persone anziane bisognose di cure. Ciò nonostante uno stesso stabilimento può gestire tutti e tre le tipologie di letti. In realtà le residenze per gli anziani (talvolta anche per i non autosufficienti) sono separate dagli ospedali e gestite per lo più da associazioni private senza scopo di lucro.

Vi sono inoltre i servizi di salute mentale e i policlinici che sono strutture che offrono diversi servizi sanitari ambulatoriali di natura medica e paramedica. Rientrano in questa dizione i *centres médicaux*, i *centres de santé*, le *maison médical* e altre strutture senza che la dizione risponda effettivamente ad una definizione legale o comunque riconosciuta univocamente. Queste strutture possono convenzionarsi con gli ospedali o essere integrati al loro interno. Sono gestiti anche da società commerciali in genere su iniziative di medici o compagnie assicuratrici.

Per i laboratori, con decreto reale del 30 dicembre 1981, n. 143, è stata prevista la forma giuridica in base alla quale, può essere espletata l'attività (biologia clinica). In questo quadro la gran parte dei laboratori privati ha assunto la natura giuridica di società di persone a responsabilità limitata. Ve ne sono tuttavia alcuni che hanno adottato lo statuto delle associazioni non lucrative. Infine le farmacie che sono in genere gestite da società cooperative (quelle all'interno delle istituzioni ospedaliere sono considerate un servizio interno e non esercitano at-

tività commerciale) legate al movimento cooperativo del mondo politico (v. tabella 8).

Appare evidente a questo punto che una particolarità del settore sanitario risiede senza dubbio nel tipo di legami esistenti tra le istituzioni sanitarie e i vari organismi o soggetti ai quali esse sono affiliate. Questi ultimi possono svolgere un ruolo attivo di coordinamento nella applicazione della politica di ristrutturazione del settore decisa dal potere pubblico dello Stato o dal potere locale, ma potrebbero essere anche elementi di ostacolo in caso di forti divergenze. Si risente nell'ambito ospedaliero lo stesso clima di pluralità di soggetti ed interessi che vi è a livello istituzionale generale, con tuttavia la consapevolezza comune dell'importanza della funzione sociale della sanità e del ruolo che deve rivestire come servizio pubblico generale, cosa questa che tende a prevalere sugli elementi di conflittualità che in altri settori hanno più risalto.

In questo senso la legislazione sugli ospedali già dal 1963 si applicava a tutti gli ospedali, (sia pubblici che privati) per esempio gli oneri di funzionamento degli ospedali, non coperti dal sistema assicurativo-mutue per i due settori vengono presi in carico dal Ministero della sanità. Aspetti questi che vedremo meglio successivamente quando parleremo del finanziamento.

#### 4. L'assistenza ospedaliera

##### 4.1. L'organizzazione ospedaliera

Dopo un primo impatto, il pluralismo istituzionale che caratterizza il sistema socio-politico del Belgio, si può rappresentare nella raffigurazione di tre grandi reti o mondi separati: un mondo cattolico, un modo socialista ed uno (istituzionalmente minore) liberale. Questo tipo di strutturazione assai presente nella sanità in generale, lo è in modo particolare nel settore ospedaliero che si è formato storicamente su due orientamenti fondamentali in rappresentanza di gruppi ed interessi opposti: quello socialista e quello cristiano-cattolico (liberale). In questo senso va vista la forte presenza del privato *non-profit* nell'organizzazione ospedaliera.

La gestione degli ospedali è autonoma: programmano e gestiscono l'acquisizione delle risorse umane, delle attrezzature, farmaci e beni di consumo, investimenti. Esercitano perciò un potere di decisione ma sono soggetti al controllo da parte sia del Ministero della sanità che di altri organismi pubblici (es. I.N.A.M.I.) sulla base di una legislazione nazionale (12) e generale sugli ospedali che disciplina l'organizzazione, il finanziamento, l'accreditamento, i rapporti giuridici tra i vari soggetti, le responsabilità etc. La normativa viene in genere sottopo-

**Tabella 8 - Ripartizione delle cooperative e delle farmacie (1990)**

	Socialiste	Cristiane	Neutre/liberali	Totale
N. società .....	10	10	1	21
<i>N. farmacie</i>				
Flandre .....	103	79	0	182
Wallonie.....	190	74	38	302
Bruxelles.....	52	13	0	65
<b>Totale .....</b>	<b>345</b>	<b>166</b>	<b>38</b>	<b>549</b>

Fonte: Office des pharmacies cooperatives (OPHACO) Bruxelles.



sta al parere dei vari *partner* (medici-ospedali-enti mutue) per incoraggiare una organizzazione basata sulla concertazione.

La responsabilità nella gestione può essere individuata attraverso la valutazione delle principali funzioni: la programmazione (pianificazione), l'organizzazione, la direzione (coordinamento) e il controllo.

Queste diverse funzioni sono esercitate ad un triplice livello, quello della politica generale, quello della gestione giornaliera e quello dell'esecuzione. Per ogni livello si determina la materia per la quale si esercita le funzioni che si traducono in strutture o organi e in persone.

Al primo livello troviamo i gestori degli ospedali (associazioni senza scopo di lucro; Università; Società cooperative; Società di persone a r.l.; C.P.A.S.; altri soggetti di diritto privato; con i loro organi: comitati di gestione per il settore pubblico; consiglio d'amministrazione per il settore privato). Ad un secondo livello, quello della attività giornaliera troviamo una direzione generale che risponde direttamente ed esclusivamente al gestore (sia nel settore pubblico che in quello privato) e che può essere individuale (così è in genere) o collegiale. Al terzo livello troviamo i vari responsabili dei servizi o dipartimenti (direttore sanitario; direttore dei servizi infermieristici; direttore dei servizi amministrativi e finanziari etc.).

In sintesi l'organizzazione sembra ispirarsi al sistema aziendale. Ogni ospedale, secondo quanto prevede la legge, ha una gestione distinta e la responsabilità generale e finale per l'attività ospedaliera, sia dal punto di vista organizzativo che finanziario incombe al soggetto che gestisce l'ospedale. È quest'ultimo infatti, che riceve dal Ministero della sanità l'accreditamento (13) per i servizi ospedalieri: definisce la politica generale dell'o-

spedale, prende le decisioni sulla gestione nel rispetto delle disposizioni e delle procedure previste dalle norme, che in genere, data una certa generalità lasciano spazio ad una gestione sufficientemente libera (ci riferiamo in particolare al settore pubblico) salvo, ovviamente i vincoli di bilancio.

Questa valutazione è svolta pensando al sistema sanitario italiano dove, quando il legislatore disciplina una fattispecie ad un livello generale, accade che fra regolamenti ministeriali, direttive, pareri ed interventi regionali, il «management» ospedaliero si riduce ad una mera funzione esecutiva.

#### 4.2. La proprietà e la gestione

L'identificazione del soggetto che gestisce l'ospedale è agevole in quanto un solo gestore può essere accreditato dal Ministero, mentre più complessa è la situazione della proprietà, la cui identificazione è resa difficile dalla evoluzione che vi è stata nel settore. In genere si possono presentare tre casi:

— la proprietà appartiene ad un soggetto diverso dal gestore. In questo caso vi è un legame contrattuale che disciplina la messa a disposizione all'ente gestore, delle infrastrutture e dei beni mobili oltre ad altri tipi di accordi che possono intraprendere i due soggetti (es. partecipazioni reciproche nei rispettivi consigli di amministrazione). Vi può essere inoltre il caso di organismi che hanno sostenuto nel passato l'iniziativa di edificare dei presidi sanitari (come per es. una congregazione religiosa ovvero una società mutualistica) che pur delegando completamente la gestione, mantengono un potere di decisione su alcuni temi nell'ambito degli organismi dirigenti;

— proprietà e gestione coincidono. In questo caso, in genere, si tratta di ospedali nuovi dove l'organo di ge-

stione, avendo ricevuto il finanziamento nell'ambito della programmazione nazionale ospedaliera, utilizza tali investimenti per la costruzione e per l'adeguamento delle strutture sanitarie. Nel caso di vecchi ospedali, significa che la proprietà è stata trasferita attraverso una vendita o più spesso una donazione. Ciò non implica, tuttavia, che la gestione sia totalmente indipendente. Infatti, dal momento che l'organismo che ha avuto l'iniziativa per la costruzione o la donazione è identificabile, questo in genere, si riserva sempre, almeno il potere di nomina di alcuni membri del consiglio di amministrazione (o comitato di gestione);

— vi è infine il caso in cui la proprietà è suddivisa tra i due soggetti. Qui troviamo le caratteristiche dei due sistemi precedenti. L'organismo che gestisce, dopo aver ricevuto la disponibilità delle infrastrutture, procede ad effettuare nuovi investimenti dei quali diviene proprietario. A questo punto le fattispecie dei rapporti sono varie e in ogni caso, essendovi due soggetti distinti, vengono disciplinate nell'ambito dei rispettivi statuti o regolamenti (tabella 9).

Come si può osservare le associazioni senza scopo di lucro sono la quasi totalità. Esse si articolano in diverse tipologie caratterizzate per i legami specifici con l'ambiente politico-istituzionale ovvero con l'ambiente medico. La legislazione vieta agli enti mutualistici di possedere o gestire direttamente i presidi sanitari per una evidente incompatibilità nel sistema terzo-pagante.

Tuttavia la loro presenza indiretta viene garantita attraverso la costituzione di associazioni formate da membri, aventi responsabilità nell'ambito delle unioni o federazioni delle mutue secondo varie tipologie che si distinguono per avere o meno la presenza all'interno di qualche nota-

**Tabella 9 - Ripartizione degli ospedali secondo la natura giuridica**

Statuto/natura giuridica	Gestori	Proprietari
Association sans but lucratif.....	216	205
Université libre.....	5	6
Etablissement d'utilité publique.....	8	7
Société anonyme.....	0	4
De personne a resp. Limitée.....	3	3
Cooperative.....	1	1
Personne physique.....	0	1
Autre organisme de droit privé.....	1	1
<b>Total.....</b>	<b>233</b>	<b>228</b>

Fonte: Ministère de la Santé publique, Annuaire statistique des Hôpitaux, Bruxelles 1994.  
Non sono inclusi gli ospedali in cui la proprietà è divisa fra più soggetti.

bile locale, o qualche rappresentante del potere locale o regionale o universitario ovvero associazioni in cui si ritrovano rappresentati sia i due filoni politici principali (cristiani e socialisti) sia le congregazioni. In questi ultimi anni, si sono formate associazioni intercomunali per la gestione degli ospedali (che possono assumere anche la natura giuridica di «cooperativa») (14) con il fine di meglio fronteggiare la situazione finanziaria (v. par. sul finanziamento) e di assicurare una gestione dei servizi sanitari più razionale, più efficace e più economica superando la dimensione troppo ridotta dell'ambito comunale che frammentando l'offerta ne pregiudica l'efficacia.

Gli ospedali universitari, i cui posti letto sono fissati con decreto reale e possono essere situati sia in ospedali pubblici che privati, beneficiano di un finanziamento pubblico che tiene conto della loro funzione svolta nella ricerca e nell'insegnamento. Il caso più frequente è quello in cui l'ospedale fa parte del patrimonio universitario: è pertanto l'autorità accademica che crea ed ha la responsabilità della gestione. In alcuni casi è stata creata, sempre dall'autorità universitaria, una associazione senza scopo di lucro, che si occupa della gestione dell'ospedale,

ma che può anche esserne proprietaria.

Il vantaggio degli ospedali universitari sta anche nella possibilità di stabilire rapporti convenzionali con tutti gli altri ospedali, che servono a favorire la mobilità del personale, la formazione, ed anche la gestione, fino al punto che gli ospedali in difficoltà possono fare appello agli ospedali universitari per ristabilire la propria situazione. In questo senso ogni ospedale universitario forma una propria rete d'intervento sostenuta da rapporti convenzionali su un vasto territorio creando una sorta di «concorrenza» con le altre reti.

#### 4.3. Le ristrutturazioni e i raggruppamenti

Come in molti altri paesi europei il settore ospedaliero è stato oggetto di diverse forme di razionalizzazione finanziaria anche se piuttosto empiriche ed ispirate da una stessa filosofia: diminuzione del numero dei posti letto; riduzione del numero degli ospedali (chiusura dei piccoli ospedali, fusioni raggruppamenti). Anche in Belgio la centralità ospedaliera nell'ambito del sistema sanitario, ha avuto dagli anni sessanta in poi un forte evoluzione. Ciò ha impedito lo

sviluppo equilibrato di tutte le altre forme alternative di tutela della salute.

Con un decreto del 30 gennaio 1989 il governo fissa delle norme complementari per l'accreditamento dei vari servizi ospedalieri dopo aver già da tempo bloccato il numero dei posti letto a quello registrato nel 1982. Il decreto citato fissa l'accreditamento per gli ospedali ad un minimo di 150 posti letto esclusi i letti per lungodegenti; obbliga ad avere almeno un servizio di chirurgia generale, un servizio di medicina generale, un servizio di geriatria o maternità o pediatria; la funzione di anestesia; radiologia; laboratorio (biologia clinica); riabilitazione funzionale.

Prevede inoltre una forma giuridica al raggruppamento di ospedali: «una collaborazione ospedaliera stabile, giuridicamente formalizzata e riconosciuta dal Ministero che autorizza l'accREDITamento, in vista di una ripartizione dei compiti e di una integrazione in materia di offerta dei servizi, di utilizzazione delle attrezzature al fine di poter meglio rispondere anche ai bisogni della popolazione e migliorare la qualità dei servizi resi» (15). Gli ospedali che decidono di concludere delle convenzioni di collaborazione rispondenti alle condizioni suddette potranno ottenere un accreditamento globale, potendo così rispondere più facilmente alle norme quali-quantitative richieste.

Oggi le varie forme di collaborazione esistenti anche tra ospedali pubblici e ospedali privati, portano a superare la distinzione tradizionale tra il settore pubblico e quello privato, si aprono semmai delle contraddizioni rispetto a certe regole che come vedremo ed in parte abbiamo visto, disciplinano i due sistemi (obblighi di continuità assistenziale; regole di uguaglianza degli utenti etc.).

#### 4.4. Il personale sanitario

La normativa sulle professioni sanitarie risale al decreto reale n. 78 del 10 novembre 1967 ed ha subito varie modifiche. L'attività medica (*art de guérir*) è qui disciplinata soprattutto per prevenire il reato di esercizio abusivo della professione, ma il vero riferimento, soprattutto per inquadrare tutte le specializzazioni, non è nella legge, bensì nel nomenclatore dell'I.N.A.M.I. utilizzato per i rimborsi e la tariffazione di tutte le prestazioni.

La professione infermieristica trova la sua definizione nell'art. 21 e si distingue secondo tre categorie di atti: quelli che concernono la funzione globale delle cure al paziente; le prestazioni tecniche; e gli atti delegati da un medico. In effetti l'art. 5 del decreto citato prevede che il medico deleghi, sotto responsabilità e controllo, certi atti al personale infermieristico. L'argomento è piuttosto delicato, ciò che si può aggiungere è che la normativa in genere specifica solo quelle che sono le prestazioni tecniche per le quali è richiesta o meno la prescrizione del medico. La delimitazione delle rispettive responsabilità sarà dunque valutata dal giudice in funzione delle circostanze.

Per facilitare questa valutazione, ma non solo, si può ricordare che oltre ad una certa gerarchizzazione delle responsabilità, per la gestione medica (direttore sanitario) da una parte e per gli infermieri dall'altra (dirigente del dipartimento inferm.), la legge obbliga alla tenuta sia di una cartella delle attività mediche, che di una cartella per le attività infermieristiche per ogni paziente.

Questa documentazione, come è intuibile, permette una valutazione qualitativa e quantitativa delle rispettive attività, l'importanza dei dati contenuti in questi *dossiers* non è perciò solo giuridica ma come vedremo si riflette

sia sulla gestione sia sul sistema nel suo complesso.

Negli anni novanta il legislatore è intervenuto ancora, precisando quali atti il personale infermieristico è autorizzato a svolgere in funzione della qualificazione posseduta. Almeno tre sono i livelli di formazione per gli infermieri, oltre alle varie specializzazioni. L'organizzazione dei servizi infermieristici è stata assegnata alla competenza del capo del dipartimento infermieristico. Ciò impone un ruolo di direzione e coordinamento che costituisce la base di una collaborazione stretta con gli altri componenti della direzione (16). Collaborano con il capo del dipartimento infermieri dei quadri intermedi (equivalenti ai dirigenti delle attività infermieristiche), con un incarico di responsabilità in settori comprendenti più unità operative, queste ultime sono dirette (per quanto di loro competenza) da infermieri diplomati. C'è da sottolineare che il corpo infermieri è direttamente responsabilizzato in tutta la parte organizzativa dei servizi, dal momento dell'accoglienza al momento delle dimissioni del paziente ed il ruolo che la normativa prescrive non è di assistenza al medico ma di collaborazione.

Un primo rilevante intervento normativo volto a regolamentare le problematiche dei medici ospedalieri ed a disciplinare i rapporti giuridici con gli ospedali è rappresentato dalla legge n. 407 del 18 aprile 1986 le cui soluzioni sono state in seguito riprese nella legge quadro del 7 agosto 1987 (art. 130 e ss.). La normativa ha tra l'altro inteso regolamentare tre aspetti fondamentali sui quali si reggono i rapporti giuridici tra medici e ospedali:

— la definizione di una struttura manageriale;

— la costruzione di una struttura sanitaria imperniata sulla valutazione qualitativa dell'attività e sul ruolo del direttore sanitario (*Medicin-chef*);

— la previsione di una partecipazione alle decisioni, attraverso due meccanismi: un consiglio dei sanitari e l'elaborazione di uno statuto giuridico e pecuniario per i medici ospedalieri.

Dell'organizzazione manageriale ne abbiamo già fatto cenno nel paragrafo sulle strutture, si può ancora segnalare che il direttore generale (talvolta chiamato direttore amministrativo) viene scelto più spesso tra personale non medico con una formazione giuridico-economica e preferibilmente con una specializzazione in gestione ospedaliera rilasciata dalla Università presso la Scuola di sanità pubblica.

Ogni ospedale ha poi, un consiglio dei sanitari in rappresentanza dei medici ospedalieri con il compito, tra l'altro, di esprimere pareri sulle scelte organizzative della attività sanitaria e sulla regolamentazione generale. Il parere negativo espresso dai due terzi dei membri del Consiglio, rende obbligatorio l'intervento di un mediatore designato dal Ministero della sanità.

L'obbligo di fissare delle regole generali (statutarie) da parte degli ospedali, non può mettere in discussione la responsabilità personale di ogni medico in ordine all'attività diagnostica o terapeutica, disciplinata dalla legislazione sull'esercizio dell'attività. L'ambito di queste regole statutarie sarà quello di fissare un quadro generale di direttive per la contrattualizzazione individuale di ogni singolo rapporto tra medico e ospedale. Si tratta di regole base, per il resto, diritti e doveri, sia dei medici che degli ospedali dovranno essere oggetto di un contratto scritto.

Quanto al contenuto, gli statuti intervengono in materie specifiche per lo svolgimento corretto delle attività, le condizioni sull'organizzazione del lavoro, il trattamento economico etc. La legge elenca tutte le materie che deb-

bono essere trattate nella regolamentazione generale comprese le modalità di assunzione e di interruzione del rapporto, che comunque dovranno raccordarsi con la normativa nazionale o regionale.

Il contratto scritto individuale dovrà rappresentare un'applicazione concreta dei punti previsti nel regolamento generale. Sarà pertanto specificata la posizione personale del medico nell'ambito della struttura, ciò che dovrà fare, quando e con chi, in quale funzione, con quale autonomia e a quali condizioni.

I medici ospedalieri sono quasi tutti specializzati e come tali svolgono la loro attività interna in qualità di libero professionisti remunerati a prestazione, ad eccezione di una trentina di ospedali più grossi (universitari in particolare) dove vengono pagati in qualità di dipendenti. Indipendentemente dalla natura del rapporto i medici hanno diritto ad un onorario o ad una remunerazione forfetaria le cui entità sono fissate da contratti di natura pubblica. Gli statuti disciplinano la materia prevedendo modalità di riscossione e di distribuzione degli onorari che possono essere assegnati anche per gruppi di medici (associati) e suddivisi attraverso un punteggio (%) assegnato a ciascuno.

Il pagamento delle attività mediche presso l'ospedale o i policlinici può essere fatto direttamente dal paziente che sarà rimborsato dalla propria mutua (in genere per le visite specialistiche), ovvero dalle assicurazioni (mutue/assicurazioni) previa emissione di fattura.

#### 4.5. Il finanziamento degli ospedali

L'argomento si presenta molto complesso ed è stato soggetto a continue modifiche legislative o regolamentari che rendono difficile un approccio troppo sintetico. Tuttavia fa-

remo questo tentativo nella speranza di fornire un'idea esauriente.

Prima del 1993 il finanziamento autorizzato ad ogni ospedale era principalmente fondato sui dati della spesa storica. Ciò determinava, cosa che ci è molto familiare, un effetto perverso nel senso che chi più spendeva più riceveva. Lo sforzo odierno che anche in Belgio si tenta di fare, è quello di legare sempre di più il finanziamento alla attività programmata (sistema previsionale), ridurre il *budget* degli ospedali non efficienti (vedremo meglio in seguito), rivalutando quello degli ospedali con una buona *performance*. Tutto questo tenendo conto non solo delle patologie trattate ma anche del grado di riconversione della ospedalizzazione classica in altre forme meno costose (es. *day hospital*) e attraverso la riqualificazione del ruolo e del rapporto con la medicina di base. Abbiamo già segnalato che anche i medici di base sono pagati per prestazione (in alcuni casi possono ricevere retribuzioni a *forfait* dal Comune, quando per es. partecipano ad attività di prevenzione nelle scuole) e pertanto hanno un «interesse» diretto a non ospedalizzare i pazienti (peraltro le stesse prestazioni fatte in ospedale costano, all'I.N.A.M.I., molto di più). Tuttavia dal momento che il paziente non è obbligato a passare dal medico di base, il problema che si pone in Belgio, per ridurre o controllare meglio le spese, è quello di superare la contraddizione tra la volontà-necessità (politica) di prevedere l'obbligo della prescrizione del medico di base con il principio di libertà riconosciuto al paziente già da lungo tempo, ma soprattutto con l'effetto che si avrebbe diminuendo le entrate dell'ospedale nella parte relativa agli onorari dei medici interni (che proprio in questo periodo, stanno già manifestando il loro dissenso al finanziamento 1997 ed alle tecniche di formazione del *budget* totale).

Anche questo Paese ha dovuto fronteggiare il problema del *deficit* nei bilanci degli ospedali. L'art. 109 della legge quadro del 7 agosto 1987 citata prevede che il *deficit* ospedaliero decretato ogni anno dal Ministero della sanità, è posto a carico dei Comuni i cui abitanti risultano essere stati ammessi, con una certa percentuale sul totale dei degenti, presso l'ospedale che presenta il disavanzo. Il saldo del *deficit* fa carico al Comune che gestisce (attraverso un c.p.a.s.) l'ospedale. Dobbiamo ricordare che i *Credit Communal* (che svolgono funzioni di tesoreria sia per i Comuni che per gli ospedali) devono comunque fronteggiare finanziariamente tale *deficit*. Questi prelevamenti, obbligati, rappresentano per alcuni Comuni anche il 25% delle insieme delle loro entrate fiscali.

Per gli ospedali privati il deficit potrà essere posto a carico degli esercizi successivi (bilancio permettendo) o coperto con degli apporti di capitale dall'esterno (prestiti bancari o altro), ultima «alternativa» la cessazione dell'attività per fallimento.

Negli anni ottanta il governo ha varato un piano di assestamento generale per gli ospedali che doveva arrivare al 1988 con una diminuzione progressiva del *deficit* e che in effetti si è fatta registrare (17).

Tutta l'attività ospedaliera, in termini di servizi erogati ai pazienti, viene fatturata. La fattura dei pazienti ospedalizzati riporta tutte le prestazioni relative alla degenza e viene inviata alla mutua a cui si è iscritti assieme a tutte le altre fatture una volta al mese, più precisamente alla metà di ogni mese seguente a quello in cui è stata resa la prestazione. Il termine di fatturazione può perciò essere piuttosto lungo senza che l'ospedale abbia alcuna responsabilità. Le fatture ricevute vengono controllate e approvate dagli enti mutualistici che liquidano la spesa entro un periodo medio di 70 giorni.

Una copia della fattura viene inviata al paziente per la parte di sua spettanza (*ticket* ed eventuali spese per maggior conforto alberghiero). Come abbiamo già evidenziato il sistema del terzo-pagante non è previsto in genere per i pazienti esterni (visite specialistiche) che riceveranno la fattura al loro domicilio salvo il caso di prestazioni medico-tecniche fatte in ambulatorio che vengono fatturate nello stesso modo che per i pazienti ricoverati.

I finanziamenti per gli investimenti immobiliari (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni ...), sia per gli ospedali pubblici che privati possono essere erogati dalla *Communauté* (o dal ministero) fino al 60% del spesa prevista sempre che l'intervento rientri nella programmazione autorizzata; l'ospedale in genere anticipa la spesa, spesso però i rimborsi sono in ritardo obbligando gli ospedali ad accedere al credito bancario senza il rimborso degli interessi. Anche gli investimenti mobiliari di materiale ed attrezzature vengono rimborsati al 60% ma una sola volta al momento della loro prima acquisizione e cioè in genere quando si costruisce l'ospedale, non quando si procede al rimpiazzo. L'ammortamento di questi oneri viene pertanto incluso nelle tre risorse principali per l'ospedale e cioè la retta per la giornata di degenza che può essere aumentata in funzione degli oneri supplementari dovuti per la richiesta di maggior *comfort* alberghiero (camera singola con telefono, televisione, etc.); gli onorari delle prestazioni mediche; e gli introiti dei farmaci.

#### Le entrate principali

Le spese di gestione dell'ospedale vengono coperte da queste tre entrate nella seguente percentuale: retta giornaliera dal 40% al 50%; gli onorari anch'essi dal 40% al 50%; i farmaci dal 5% al 15%.

La retta (che viene fissata dal Ministero della sanità) copre tutte le spese risultanti dalla degenza ospedaliera salvo le prestazioni mediche, le prestazioni di kinesiterapia e i farmaci. Le tecniche di determinazione della retta fissate con la legge del 1963 citata, hanno subito notevoli aggiustamenti nel corso degli ultimi trenta anni. La legge in questione creò la nozione di «prix normale de la journée d'entretien», che per comodità traduciamo in «retta giornaliera» e pose a carico dello Stato circa un terzo del valore fissato. Con questa entrata si doveva coprire, in modo forfetario tutte le spese autorizzate all'ospedale per assicurare il soggiorno dei malati in camere comuni.

Il legislatore non aveva previsto, allora, che questa retta giornaliera potesse non corrispondere al costo reale della giornata di degenza, ciò creò i notevoli disagi appena visti. Inoltre, come già accennato, la tecnica di finanziamento si basava esclusivamente sul consumo e cioè sulla valutazione del numero dei pazienti ammessi e dei giorni fatturati, determinando degenze medie molto elevate che avevano lo scopo di distribuire i costi su una «produzione» massimizzata (senza pensare ai costi-disagi che si creano quando i pazienti, sono obbligati a degenze superiori al necessario).

Oggi la retta viene calcolata in via previsionale attraverso degli specifici parametri. L'ammontare del finanziamento annuale a cui l'ospedale ha diritto è determinato dalla retta e dalla quota autorizzata di degenza. Le giornate non realizzate in rapporto alla quota fissata non sono finanziate. Quelle che superano la quota fissata, sono rimborsate con una partecipazione del 30% del costo, escluse le spese variabili dell'ospedale. Inoltre le nuove tecniche di calcolo della retta e della quota, debbono rendersi compatibili con un *budget* globale fissato a livel-

lo nazionale che per es. nel 1997 è stato di 144 miliardi di fr. b. (ripartiti in 123 miliardi per gli ospedali generali e 21 per gli ospedali psichiatrici) (18).

La determinazione della retta avviene attraverso la scomposizione dei vari fattori in diverse parti in funzione delle spese che deve coprire. La parte chiamata B1 considera i servizi generali (spese amministrative, energia, lavanderia e guardaroba, riscaldamento ...) ed è basata su una comparazione della *performance* economica dell'ospedale in rapporto a quella realizzata dal gruppo di ospedali delle stesse dimensioni in cui si è catalogati (gli ospedali universitari formano un unico gruppo). Dopo aver definito una unità di misura *standard*, attraverso la ponderazione dei diversi fattori produttivi, viene valutato se l'ospedale spende meno rispetto agli altri del proprio gruppo ed in questo caso, la retta che fatturerà viene corretta al rialzo. Al contrario, se è meno *performance*, subirà una penalizzazione con una correzione della retta al ribasso.

In sostanza l'ospedale non formerà il proprio *budget* unicamente sulla valutazione dei suoi costi reali ma dovrà misurarsi con il costo medio di funzionamento degli ospedali del proprio gruppo. L'intento è quello di autorizzare un identico livello di risorse finanziarie agli ospedali aventi simili caratteristiche strutturali e di attività e ciò dovrebbe costituire un incentivo alla ricerca della migliore gestione possibile.

Un'altra parte, denominata B2 della retta considera le attività infermieristiche comprese le attività cliniche secondo l'applicazione di numerose norme basate principalmente sul numero e sulla tipologia dei posti letto, su variabili strutturali e sulla presenza o meno di uno o più specifici servizi, di quella o altra attività.

Ogni ospedale riceve un finanziamento di base per giornata di degenza uguale con una differenziazione in funzione del volume e del peso attribuito alla produzione, misurata fino agli inizi degli anni novanta, in base al valore delle prestazioni sanitarie effettuate. Negli ultimi due anni in base alle indicazioni dei dati della attività infermieristica (*résumé infirmier minimum*) e dei dati per patologie trattata (*résumé clinique minimum*, che includono i dati statistici ICD-9-CM, MDC v.10, DRG) a questo punto l'argomento presenta aspetti tecnici piuttosto complessi per il modo analitico con cui il legislatore presenta la formazione dei vari *budget* per servizio o per specifiche attività pertanto rinviamo il dettaglio delle questioni accennate (19).

Abbiamo già visto che l'attività medica viene finanziata a prestazione sulla base del nomenclatore sanitario (I.N.A.M.I.). In genere le tariffe previste (ad eccezione di quelle della chirurgia, dell'anestesia e della radioterapia) vanno a formare l'onorario lordo, nel senso che non coprono soltanto la remunerazione dei medici ma anche una quota parte dei costi delle infrastrutture fisiche o di altri fattori di produzione (risorse umane o materiali) necessari al completamento della prestazione eseguita. Si tratta perciò anche qui di una erogazione forfetaria che tuttavia è stata oggetto di recenti modifiche nell'ambito di una maggiore razionalizzazione delle spese. Un esempio viene fornito dalle attività di laboratorio. Le analisi per i degenti sono finanziate per i tre quarti da diversi *forfait* attribuiti all'ospedale in base, alle caratteristiche strutturali in alcuni casi, ovvero in funzione del consumo registrato (o autorizzato) in altri casi. Solo il 25% de finanziamento è legato alle prestazioni, al fine di permettere all'ospedale di coprire la sua atti-

vità marginale in caso di aumento dell'attività.

Per le attività rivolte all'esterno sono previsti diversi livelli di finanziamento a *forfait* in base al tipo di prescrizione medica, indipendentemente dal numero delle analisi effettuate. Solo il 40% degli incassi viene fatturato a prestazione. Questo sistema (*forfait*) è esteso anche alla radiologia e a diverse prestazioni riabilitative sempre nell'intento di contenere i costi e garantire il controllo del livello di spesa che in questi settori risultava non essere troppo elevati.

Anche le spese di funzionamento della farmacia sono coperte con un sistema forfetario, nella parte chiamata B5 della retta giornaliera. Le specialità farmaceutiche consumate dai degenti sono pagate ad un prezzo fissato per legge previa emissione di fattura sia alla mutua assicuratrice sia, per i medicinali non rimborsabili, al paziente.

Vi sono infine alcune categorie di medicinali, per i quali le mutue non riconoscono tutta la spesa, in questo caso la spesa è coperta attraverso un contributo (*ticket*) giornaliero per ogni paziente indipendentemente dal fatto che abbia o meno consumato quello specifico farmaco.

## 5. La promozione della qualità

L'argomento della qualità è costantemente al centro delle valutazioni socio-economiche di ogni settore. L'occasione di parlarne in questo ambito ci viene offerta da un recente decreto adottato dal ministro della *communauté flamande* relativo alla gestione totale della qualità nei servizi sanitari (20).

In verità sulla normativa è stato subito sollevato un conflitto di competenza tra il governo federale e la *communauté*, che al momento non ha trovato ancora una definitiva soluzione.

Si ricorda che la *communauté* ha sì, una competenza in materia di politica sanitaria (quasi esclusiva in materia di prevenzione e medicina del lavoro) ma, ogni volta che le norme hanno un impatto sui costi di gestione, o sul sistema di assicurazione obbligatoria ovvero sulle regole base relative alla programmazione e al finanziamento delle infrastrutture, la competenza resta dello Stato federale.

In Belgio, non vi è una normativa organica che disciplina la qualità attraverso un insieme di indicatori ovvero l'individuazione di livelli minimi di assistenza. Tuttavia vi sono due principali strumenti ai quali riferirsi per affrontare, in sintesi l'argomento. Da una parte, vi è tutta una serie di norme sull'accREDITAMENTO dei servizi che soprattutto durante questi ultimi anni, hanno fissato numerose disposizioni relative alla qualità delle cure. Dall'altra è stata prevista, con la legge di riforma sugli ospedali del 1986, l'obbligatorietà di una valutazione della qualità interna per tutti gli ospedali. Questo obbligo, con la legge sui servizi sociali emanata nel 1996, è stato esteso anche alle attività sanitarie svolte sul territorio, per esempio ai centri di coordinamento per l'assistenza socio-sanitaria al domicilio, le residenze per anziani o i centri di salute mentale (per queste ultime vigevano già le norme sull'accREDITAMENTO).

La legge di riforma del 1987, attribuisce al direttore sanitario il compito di promuovere la qualità nelle cure praticate. Lo *staff* medico e i vari direttori dei servizi sono ugualmente responsabilizzati in questo senso e per ogni specialità come per es. igiene ospedaliera, la farmacia, la dialisi, la radioterapia, la chirurgia cardiaca, etc., il legislatore ha posto oltre ad una serie di prescrizioni, anche l'obbligo di individuare un responsabile della qualità. Si sta in definitiva formando

sempre più un approccio qualitativo individuato come migliore soluzione per garantire una utilizzazione efficace delle risorse. Nel 1990 lo Stato ha finanziato (come è avvenuto in altri paesi europei) diverse iniziative o progetti volti a migliorare la qualità dei servizi favorendo forme di collaborazioni interdisciplinari tra le varie professionalità ospedaliere ed extraospedaliere.

Il recente decreto della *communauté*, dopo aver definito l'ambito di applicazione (articoli 1 e 2) fornisce una definizione di qualità totale come tecnica di *management* applicata ai servizi sanitari volta a migliorare la qualità attraverso il coinvolgimento di tutto il personale con l'obiettivo, costante, di migliorare il rapporto di soddisfazione tra cure prestate e cliente/paziente, a vantaggio di tutto il personale e della società.

Ogni presidio dovrà elaborare un manuale e redigere un piano sulla qualità; per l'esecuzione della politica della qualità è prevista la designazione di un coordinatore (articolo 5). Il manuale ed il piano dovranno essere approvati dalla *communauté* (articolo 6).

Si tratta in sostanza di norme di principio, che sembrano dettate a nostro avviso più sull'onda dell'enfasi che l'argomento ha creato, che su di una consapevole necessità di miglioramento dei servizi sanitari, i quali peraltro, come si è visto non godono di un cattivo apprezzamento.

(1) Si v. I.N.I.B.E.L. edition Service Fédéral d'Information, Bruxelles.

(2) DEOM D., QUERTAINMONT, P. (1994), *L'évolution récente du droit de la santé et de la législation hospitalière en Belgique*, Administration Publique, Bruxelles.

(3) Fonte: ECO SANTE OECD 1996; Spesa sanitaria fr. b. in miliardi 635; parte pubblica 557; cambio utilizzato: 1 fr. B.= 50 Lit.

(4) A. DEWEVER (1995), *L'analyse du coût de la santé*, Université Libre de Bruxelles, pag. 9: introduzione.

(5) Si veda: Ministère de la Prévoyance sociale, Rapporto generale sulla sicurezza sociale in Belgio, ed: Bruxelles, dernières édition.

(6) A. Dewever, cit., pag. 12.

(7) Si v. MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE (1994), *Aperçu de la Sécurité Sociale en Belgique*, Service des Etudes 853, n. 1, Bruxelles.

(8) Si tratta in primo luogo di malattie sociali come la tubercolosi, i tumori, malattie mentali, ma si prevede anche la copertura delle spese per l'ospedalizzazione, parto ed alcuni degli interventi chirurgici inclusi nel nomenclatore.

(9) Centre Publique Aide Social: si tratta di una struttura pubblica comunale che si occupa della politica sociale a livello comunale (o intercomunale) di concerto con l'autorità locale, è dotato di personalità giuridica autonoma, i membri del consiglio del CPAS sono designati dal Consiglio Comunale. Può gestire direttamente l'ospedale ovvero partecipare ad altre forme societarie. I mezzi finanziari principali sono rappresentati dai fondi speciali per l'aiuto sociale provenienti dallo Stato; altre sovvenzioni dallo Stato e dalle *Communautés* per spese particolari come la garanzia del minimo vitale, sussidi per la costruzione di ospedali o residenze per anziani; interventi nelle spese di funzionamento degli ospedali; sovvenzioni comunali in caso di disavanzi; oltre alle risorse proprie determinate dal patrimonio e dalle entrate di gestione.

(10) DEOM D., QUERTAINMONT P. (1994), *op. cit.*, pag. 234.

(11) L'art. 39 della legge 6 agosto 1990 consente alle mutue di rappresentare in giudizio la difesa degli interessi individuali o collettivi dei propri affiliati.

(12) Si tratta della legge del 23 dicembre 1963 modificata in diverse riprese e fondamentalmente dalla legge del 7 agosto 1987 che costituisce la legge quadro per gli ospedali. V. «Guide hospitalier» Legislation et Gestion; ced. Samson.

(13) Si v. J. MAISSON, *Agrément. Introduction*, in Guide Hospitalier, Legislation et Gestion ced Samson, 3/1 pag. 9.

(14) Tra i soci della cooperativa possono figurare soggetti che per il loro apporto in termini di capitale o altro risultano essere soci privilegiati ai quali, nella eventualità di chiusura

con avanzo di bilancio viene versato un dividendo. L'esempio ci viene offerto dal bilancio di chiusura, esercizio 1996, dell'ospedale «pubblico» Ambroise Paré di Mons. Si tratta di un ospedale gestito da un C.P.A.S. fino al 1990 successivamente assume una gestione intercomunale e costituisce una società cooperativa a responsabilità limitata con membri in rappresentanza di vari soggetti: dei cinque Comuni; della provincia; del C.P.A.S.; dell'Università libera di Bruxelles; dell'Università di Mons; delle mutue socialiste; di due diversi ospedali; di un'associazione senza scopo di lucro costituita dai medici dell'ospedale; infine dal Credit Comunale; di una società di *leasing* e finanziamenti (SLF) ed in fine dsa rappresentanti di una società di assicurazione pubblica (SMAP); L'organo esecutivo è un consiglio di amministrazione presieduto dal sindaco della città sede dell'ospedale, ma (data la natura pubblica) la legge prevede anche un Comitato di gestione speciale per l'ospedale.

(15) Art. 27 d.r. 30 gennaio 1989. V. «Guide hospitalier» Legislation et Gestion; ced. Samson.

(16) DONNEZ CUNIN E. (1996), *L'organisation des soins infirmiers*, L'hôpital belge, n. 3.

(17) V. BERGER J.M. (1989), *L'évolution du déficit des hôpitaux publics*, in Mouvement Communal, n. 6-7, pag. 238.

(18) V. 23 dicembre 1996 A. R. fixant pour l'exercice 1997, le budget global du Royaume, visé à l'art. 87 de la loi sur les hôpitaux pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux.

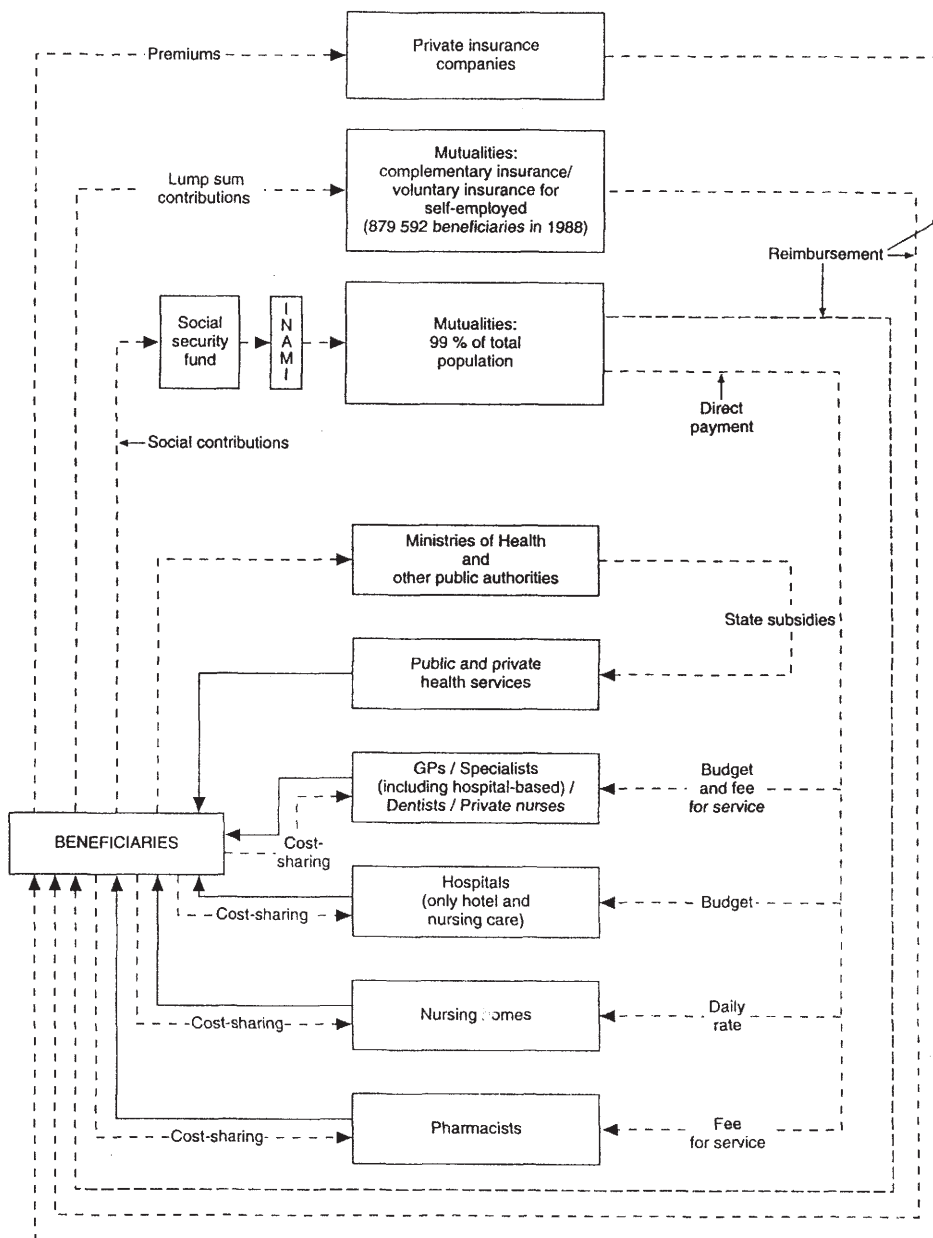
(19) Inizialmente l'utilizzazione dei RCM per il finanziamento veniva effettuata per ogni APDRG calcolando una durata di degenza media sulla base dei dati forniti dall'insieme degli ospedali. Si determinava una degenza media nazionale che veniva comparata alla degenza media dello stesso DRG calcolato nell'ospedale di riferimento. Se, globalmente la durata di degenza media dell'ospedale (tenendo conto dei diversi APDRG) risultava superiore (più del 5% nel 1994 e più del 2% nel 1995 e 1996) alla degenza media nazionale, l'ospedale veniva penalizzato con una sanzione finanziaria, la cui misura era proporzionale a l'eccedenza registrata. Si v. MERTENES I., SPLINGAER L. (1996), *L'utilisation du RCM pour le financement des hôpitaux*, in Bulletin des résumés d'informations hospitalières; aprile/maggio/giugno n. 13.

(20) Pubblicato su Moniteur Belge del 9 aprile 1997 si tratta del decreto del 25 febbraio 1997: «Décret relatif à la gestion de la qualité dans les établissements de soins».

ALLEGATO

**SCHEMA DEI FLUSSI**

Chart 3.2 Detail of relationships in the Belgian health care system in 1989



Fonte OECD «Le riforme dei servizi sanitari. 17 paesi europei».



# **Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>



# LA SICUREZZA DEL LAVORO NELLE AZIENDE SANITARIE: INDICAZIONI UTILI PER IL DATORE DI LAVORO, I DIRIGENTI E I PREPOSTI

di Leopoldo Magelli, Nelson Magnani

*Consorzio di servizi per la sicurezza del lavoro*

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Ostacoli e resistenze all'azione organizzativa propedeutica al miglioramento delle condizioni di lavoro - 3. Le scelte organizzative per il Servizio di prevenzione e protezione (SPP) nelle Aziende sanitarie e la necessità di coordinamento su scala regionale - 4. Dopo il 626: la dirigenza di fronte ai nuovi problemi - 5. Le difficoltà - 6. Le opportunità.

## 1. Premessa

Il D.L.vo n. 626/94 e il successivo D.L.vo n. 242/96 (d'ora in avanti, per brevità, parleremo *tout-court* di 626) hanno introdotto rilevanti novità omogenee all'intera Comunità Europea per lo sviluppo dell'iniziativa rivolta a tutelare la salute in tutti i luoghi di lavoro, articolando le competenze e le responsabilità in una complessità organizzativa di soggetti interni ed esterni alle aziende pubbliche e private, la cui «sintonica polifonia», ancora in gran parte da costruire, costituisce in prospettiva la vera garanzia di efficacia del nuovo assetto normativo, istituzionale, organizzativo e professionale che si è venuto configurando con questo tardivo recepimento della direttiva quadro comunitaria 391/89.

Nell'ambito della pubblica amministrazione le Aziende sanitarie (USL e ospedaliere) si trovano oggi a dover affrontare la riorganizzazione necessaria, il cambiamento culturale indispensabile, il riordino strutturale degli edifici e degli impianti, partendo spesso da situazioni arretrate e dall'accumulo negli anni di condizioni d'inadeguatezza anche rispetto alla vecchia normativa d'igiene e sicu-

rezza del lavoro vigente dalla metà degli anni '50, in un contesto di restrizioni finanziarie per la sanità che grava sia sulla spesa corrente che sulla possibilità d'investire in conto capitale.

La nuova normativa tuttavia, prima ancora che richiedere il finanziamento dei cambiamenti strutturali, soprattutto se da anni inadeguati sotto il profilo della sicurezza del lavoro, richiede un cambiamento organizzativo e culturale che, dopo aver investito il datore di lavoro per il rispetto degli obblighi connessi a competenze sue esclusive e non delegabili, investe un nuovo e diverso ruolo di tutta la dirigenza aziendale sanitaria, tecnica e amministrativa, chiamata dalle nuove norme, e ancor più da eventuali specifiche deleghe datoriali, a costruire un sistema di competenze nuove e una nuova rete di relazioni interne ed esterne tale per cui si evince che la sicurezza del lavoro dipendente o assimilabile diventa uno dei primari obiettivi strategici per ogni Azienda sanitaria.

I direttori generali più avveduti, posti alla guida di queste nuove Aziende sanitarie hanno compreso a pieno le ragioni per le quali la funzione di promozione e tutela della salute del lavoro dipendente non può che essere una

delle poche principali funzioni in *staff* della direzione generale:

— intanto per ragioni di coerenza e immagine per un tipo di azienda che per «mission» verso la collettività produce servizi orientati a promuovere la salute, a tutelarla dai fattori di rischio e a restituirla al più alto livello possibile in caso di malattia

— per ragioni legate a una scelta di «Management Quality Oriented» nella quale è scolastico e inefficace nel tempo concepire il miglioramento continuo della qualità (MCQ) che non sia rivolto contemporaneamente al prodotto-servizio offerto, al processo di produzione e alla condizione di lavoro dell'operatore che vi è impegnato; l'inscindibilità di questa triade in un processo di MCQ costituisce il presupposto di un percorso non effimero ed evanescente nei risultati che intende ottenere

— non è ipotizzabile che mantenga credibilità un'Azienda sanitaria chiamata a gestire i servizi di vigilanza e controllo in materia d'igiene e sicurezza del lavoro, se non tende a diventare nel tempo essa stessa un trasparente esempio culturale, organizzativo e tecnico-strutturale adeguato a quanto la nuova normativa di tutela della

salute del lavoro richiede a qualsiasi azienda

— la complessità delle condizioni di rischio per la salute dei lavoratori e professionisti che operano in un'Azienda sanitaria USL o ospedaliera ha necessità, per essere affrontata e positivamente posta sotto controllo, di un approccio strategico e di una lenta e stabile costruzione di una rete di relazioni organizzative che sappia utilizzare sia le competenze specifiche degli addetti esperti di igiene e sicurezza del lavoro (i cosiddetti addetti ai lavori), sia la rete diffusa delle competenze settoriali dei professionisti che operano nelle strutture sanitarie. Ognuno di essi, se adeguatamente motivato, può rendere funzionali le sue conoscenze individuali (spesso di grande rilevanza nel proprio specifico sapere) ad un più esteso processo collettivo di prevenzione basato sulla definizione delle procedure di sicurezza del lavoro, sull'addestramento delle abilità orientate alla sicurezza, sul costante uso dei dispositivi individuali di protezione e su quant'altro può essere messo in atto, spesso senza costi rilevanti, nell'ambito dello sviluppo di una cultura diffusa della prevenzione capace a volte di supplire, almeno in parte, alle insufficienze strutturali ancora esistenti.

## **2. Ostacoli e resistenze all'azione organizzativa propedeutica al miglioramento delle condizioni di lavoro**

Le strutture edilizie e impiantistiche della sanità sono evolute e si sono sviluppate nel tempo senza essere state organicamente improntate alle misure di tutela della salute dei loro addetti, spesso anzi più trascurati rispetto allo sviluppo delle garanzie di tutela della salute che scienza e tecnica hanno saputo assicurare agli utenti

della sanità nell'ambito almeno del trattamento sanitario.

La riorganizzazione delle attività sanitarie in atto e dei relativi «contenitori edilizi» può essere un'occasione, pur partendo spesso da condizioni di partenza fatiscenti per la sicurezza, per ridefinire gli aspetti strutturali con un approccio progettuale moderno e lungimirante, non dimenticando peraltro che a causa dei limiti di finanziamento, la realizzazione concreta di contenitori sicuri è proiettata temporalmente nel medio-lungo termine. Accanto ai limiti oggettivi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza del lavoro, non meno importanti sono tuttavia nell'organizzazione sanitaria le condizioni di resistenza soggettiva, spesso anche inconsapevole, ai cambiamenti organizzativi e di ruolo spettanti in particolare alla dirigenza, che potrebbero assicurare nel tempo la piena attuazione della nuova normativa di sicurezza del lavoro; i cambiamenti necessari che incontrano più resistenza riguardano principalmente due ambiti dell'organizzazione del lavoro:

1) la fatica a far sì che aggiornamento professionale, progettualità, processi decisionali e procedure amministrative nell'acquisizione e gestione di beni, di nuove tecniche e tecnologie e nella loro manutenzione permanente, riescano a introiettare come dato di valore e permanentemente la variabile della sicurezza del lavoro, considerandola una condizione e un requisito imprescindibile per dare valore e validità agli obiettivi di funzionamento perseguiti

2) la difficoltà enorme dei dirigenti a considerare che nell'organizzazione complessa della sanità ogni dirigente deve saper esprimere, accanto a competenze tecnico-specifiche di qualità, la più elevata capacità di gestione delle risorse umane a loro affidate che esprima concretamente il de-

bito di sicurezza che hanno nei confronti del personale subordinato; sapendo per questa finalità utilizzare e mobilitare a loro supporto competenze specifiche disponibili, procedure accreditate, iniziative informative e formative adeguate.

Entrambi questi ambiti di resistenza al cambiamento sono superabili promuovendo costantemente una cultura organizzativa orientata alla sicurezza e alla responsabilità che solo il convinto *imprimatur* del *top management* può rendere stabile nel tempo; soprattutto se sostenuta da adeguati sistemi premianti e collocata stabilmente in alto nella scala dei valori promossi dall'Azienda sanitaria.

## **3. Le scelte organizzative per il Servizio di prevenzione e protezione (SPP) nelle aziende sanitarie e la necessità di coordinamento su scala regionale**

La nuova normativa sulla sicurezza del lavoro ha reso obbligatorio in aziende grandi e complesse come le Aziende sanitarie la creazione di un proprio Servizio di prevenzione e protezione con un responsabile (RSPP) di adeguata preparazione professionale in materia di igiene e sicurezza del lavoro. La dimensione del Servizio di prevenzione e protezione e l'articolazione interna delle diverse professionalità necessarie può prevedere due ipotesi organizzative differenti:

a) un SPP completamente autosufficiente che oltre al responsabile possa disporre di circa 7-8 operatori per un'Azienda sanitaria di scala provinciale con 3-4 mila addetti (tenendo a parte la componente sanitaria di medici competenti e supporto infermieristico)

b) un RSPP affiancato da un altro laureato tecnico, a professionalità complementare e con supporto am-

ministrativo, integrato con consulenze specialistiche esterne per un valore di 80-100 milioni ogni 1.000 addetti nei primi due anni e 30 milioni ogni 1.000 addetti dal terzo anno in avanti.

La prima ipotesi a) presenta il rischio o di non offrire tutte le competenze specializzate necessarie o, se esistono, di vederne alcune sottoutilizzate; senza contare che dopo la prima fase di intenso lavoro per circa due anni, le risorse sarebbero ampiamente sovradimensionate per un'attività di integrazione a una condizione di sostanziale stabilità documentale e organizzativa (relazione analitica di valutazione del rischio e piano particolareggiato poliennale di risanamento già predisposti); si porrebbe pertanto la necessità o di una riconversione parziale di alcune figure del SPP o di orientare parzialmente il SPP anche verso la consulenza esterna.

La seconda ipotesi b) ha da subito la capacità di esprimere il massimo di economia di scala, permettendo un riadattamento rapido, dopo lo sforzo biennale iniziale, delle risorse necessarie; comporta certamente un maggiore sforzo organizzativo del RSPP chiamato non solo a presidiare, come nella ipotesi a), il complesso sistema di relazioni interne all'Azienda sanitaria, ma anche a organizzare adeguatamente il sistema di consulenze e prestazioni integrative esterne, predisponendo un organico progetto operativo concordato con un'altra organizzazione di consulenza a contratto, i cui operatori non sono alle sue dirette dipendenze funzionali.

Su questa seconda ipotesi si sono mosse la grande maggioranza delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna che hanno formato un Consorzio di servizi per la sicurezza del lavoro (CDS) come strumento comune per attuare il D.L.vo n. 626 e la

restante normativa per la sicurezza del lavoro, ricercando alcuni vantaggi aggiuntivi:

— la possibilità di comandare al CDS proprio personale già esperto recuperato all'interno di processi riorganizzativi e interessato a svolgere attività di consulenza

— l'utilizzazione interaziendale di personale tecnico ad alta specializzazione permette economie di scala in grado di sottrarre un numero assai minore di operatori ai servizi di vigilanza e controllo, rispetto alla ipotesi a)

— la possibilità di fornire da subito supporto consulenziale di qualità, anche ad altre pubbliche amministrazioni, in particolare ai Comuni, Province, Regione, ARPA

— la riconversione di risorse umane già esistenti, senza oneri aggiuntivi, per l'attuazione del sistema organizzativo voluto dal 626, in un momento di grande restrizione delle disponibilità finanziarie per le nuove Aziende sanitarie

— la garanzia di un approccio metodologico e tecnico omogeneo su scala regionale e con requisiti minimi di qualità concordati col sistema di vigilanza e controllo.

La Regione Emilia-Romagna, autorizzando le Aziende sanitarie consorziate a compiere questa sperimentazione gestionale, ha teso anche a garantirsi nel tempo uno strumento che facilitasse l'azione di coordinamento regionale del processo di attuazione del 626, rendendo operanti tutte le sinergie che il coordinamento dei SPP delle Aziende sanitarie può esprimere, per facilitare, per esempio, la costruzione di una sintesi omogenea dei bisogni d'investimento strutturale da programmare nelle diciotto Aziende sanitarie in un arco di tempo poliennale, e dando quindi alla ricerca delle necessarie fonti di finanziamento un ineludibile supporto documentale. Anche

l'attuazione di piani interaziendali di prevenzione (per esempio sui rischi biologici) potrebbe essere facilitata al più basso costo da un'azione di coordinamento su scala regionale dell'iniziativa progettuale e programmatica; questa particolare esperienza, agli esordi, deve ancora riuscire ad esprimere su scala regionale molte delle sue potenzialità progettualmente individuate.

#### 4. Dopo il 626: la dirigenza di fronte ai nuovi problemi

La costruzione e la gestione di un efficace sistema di prevenzione all'interno delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere è particolarmente complessa e difficile, soprattutto perché l'adesione e la partecipazione convinta — indispensabili per il funzionamento corretto del sistema — dei dirigenti (primari, responsabili di servizi e settori, direttori nelle Aziende ospedaliere con componente universitaria, ecc.) sono un obiettivo ostico da perseguire e da conseguire.

Numerose sono infatti le difficoltà che si incontrano, come emerge soprattutto dall'esperienza di chi si è impegnato in attività di consulenza o nella formazione di quelle figure-chiave che sono appunto i dirigenti.

Ma, fortunatamente, il momento presente offre anche delle opportunità che possono e devono essere sfruttate per superare le difficoltà e raggiungere l'obiettivo finale.

In questo nostro contributo analizzeremo prima le difficoltà, e quindi le opportunità.

#### 5. Le difficoltà

Possono essere per semplicità di esposizione raccolte in sei grossi blocchi:

1) difficoltà generali di ordine culturale

2) difficoltà legate alla non comprensione del proprio ruolo e delle proprie responsabilità

3) difficoltà legate alla non comprensione del ruolo delle altre figure attrici del processo prevenzionistico

4) difficoltà di integrazione tra le diverse figure

5) difficoltà nel comprendere e condividere i nuovi percorsi che un sistema organico di prevenzione deve prevedere

6) difficoltà di percezione e di accettazione del cambiamento (ed in particolare delle novità che riguardano il proprio ruolo).

### 5.1. Difficoltà generali di ordine culturale

La prima e principale difficoltà deriva dalla mancanza di una cultura e di una memoria storica della prevenzione all'interno delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere. La «mission» fondamentale di queste aziende è sempre stata unidimensionalmente quella dell'assistenza sanitaria, e tutto l'impianto organizzativo e culturale delle aziende è stato orientato in questo senso. Il ruolo stesso delle direzioni sanitarie degli ospedali è sempre stato orientato, in campo preventivo, verso un approccio all'igiene ospedaliera tutto proteso alla tutela del paziente più che non dell'operatore sanitario. Il solo settore in cui si è sviluppato un barlume di attività preventiva è stato quello della radioprotezione, ma vissuta e praticata sempre con un più spiccato accento di tipo burocratico e fiscale che non autenticamente preventivo.

È solo dai primi anni '80 che iniziano a comparire alcune esperienze di intervento preventivo in campo ospedaliero e sanitario, ma limitate o ad alcune realtà molto particolari ad opera di qualche figura particolarmente «illuminata», o a quelle realtà regionali e

provinciali (Emilia-Romagna e Lombardia in particolare) in cui la presenza nelle USL di forti ed attivi Servizi di prevenzione e vigilanza negli ambienti di lavoro creava le condizioni per l'«innesco» di un discorso e di una pratica di prevenzione all'interno degli ospedali e delle strutture sanitarie; erano quindi, quasi sempre, esperienze eteroimposte all'ospedale, e quindi frammentarie, solo parzialmente condivise (molto spesso addirittura subite!), gestite nell'ambito di un sostanziale non coinvolgimento e disinteresse (quando non addirittura fastidio!) della dirigenza delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

Quindi, interventi puntuali e magari efficaci sulle sale operatorie, sul rischio biologico, sui farmaci antiblastici, sui disinfettanti, sulle dermatiti professionali, sul rischio elettrico, ecc., ma mai un progetto organico e mirato, mai la definizione di una strategia aziendale in campo di prevenzione, e quindi di un sistema organizzativo che la traducesse in atti concreti ed integrati, finalizzati ad un obiettivo sistematico e prioritario.

Tutta l'attuale dirigenza delle Aziende USL ed ospedaliere è cresciuta in questo clima culturale.

Sarebbe interessante esaminare le relazioni programmatiche di accompagnamento ai bilanci preventivi delle USL, e verificare lo spazio, le risorse e il respiro strategico assegnati alla prevenzione (o meglio, non assegnati!).

Non c'è dunque da meravigliarsi che, in generale, e con tutte le lodevoli eccezioni del caso, i nuovi obblighi (o meglio, la riproposizione in termini nuovi dei vecchi obblighi e la proposizione di alcuni obblighi autenticamente nuovi) imposti dal D.L.vo n. 626/94, come modificato dal D.L.vo n. 242/96, abbiano avuto un effetto deflagrante sulle Aziende USL e ospedaliere che, dopo aver vissuto per anni

nel totale disinteresse verso le vecchie leggi quadro degli anni '50 (D.P.R. n. 547/55 e n. 303/56, per citare le due più importanti), quasi che gli ospedali fossero una zona franca rispetto alla loro applicazione, si trovano di colpo di fronte alla necessità di organizzare un vero e proprio sistema di prevenzione.

### 5.2. Difficoltà legate alla non comprensione del proprio ruolo e delle proprie responsabilità da parte dei primari e dei dirigenti in generale

È evidente che, in un contesto come quello prima descritto, sarebbe stato impossibile che i dirigenti, e i primari in particolare, potessero sviluppare una comprensione del proprio ruolo diversa da quella che in effetti hanno sviluppato.

Il primario ha una forte e totale consapevolezza del suo ruolo dal punto di vista tecnico e scientifico, ed in tale consapevolezza si identifica pienamente, e ad essa aderisce senza riserve. Egli si sente (ed è!) il garante e il responsabile delle prestazioni sanitarie ed assistenziali che vengono fornite nel suo reparto, o divisione, o servizio, o laboratorio, e di questo si sente tenuto e preparato a rispondere a chiunque. Ovviamente, dal momento che ogni atto tecnico-sanitario si inserisce in un contesto organizzativo dato, il primario individua come suo ulteriore ruolo (diremmo quasi accessorio e strumentale al primo, quello di *leadership* e responsabilità tecnico-scientifica) un ruolo organizzativo per quel che attiene all'assistenza, ma con precisi limiti: tutto ciò che è organizzativo in altri termini gli interessa o lo tocca molto di meno, in quanto lo sente estraneo alle sue competenze, alla sua professionalità, ai suoi obblighi etici e giuridici, in una parola alle sue responsabilità.

Certamente, in questi anni molte cose sono cambiate, ed i primari hanno sempre più assunto quel ruolo genericamente definito come «manageriale» (molti con profonda convinzione ed adesione, altri obtorto collo e subendolo più che accettandolo e condividendolo), ma sempre con una connotazione di «secondarietà», di «minor valore professionale», rispetto al loro ruolo principale.

Una frase che chi ha fatto formazione ai primari sui temi della prevenzione si è sentito molto spesso ripetere, e che è emblematica e chiara molto più di tante sottili analisi, è questa: «Perché sono in quest'aula a perdere tempo con queste cose [N.B. "cose" pronunciato in lettere minuscole e con chiara connotazione deteriore] quando avrei tante altre COSE [N.B. in questo caso "cose" è pronunciato in lettere maiuscole] ben più importanti da fare nel mio reparto (o laboratorio, o sala operatoria, o ambulatorio)!».

È quindi un vero e proprio dramma culturale, nonché di identità e ruolo professionale, sentirsi dire che è anche responsabile della prevenzione, cioè della tutela e della promozione della salute dei suoi collaboratori che da lui dipendono, che è suo compito e dovere anche occuparsi — e rispondere in prima persona — di cose che, nella maggior parte dei casi, non aveva mai immaginato ricadessero tra le sue funzioni.

Ha sicuramente un impatto duro e non certamente immediatamente comprensibile e condivisibile il sentirsi dire che, come è suo dovere dare gli orientamenti diagnostici e terapeutici, vigilare affinché siano rispettati, intervenire quando ciò non avviene (cosa di cui non ha mai dubitato, e che ritiene intrinseca al suo ruolo), è altrettanto suo dovere dare gli orientamenti e le indicazioni per la sicurezza, vigilare (direttamente o tramite altri) perché

siano rispettati, intervenire per correggere quando non lo fossero. Non è né facile né agevole capire che un protocollo terapeutico ed una procedura di sicurezza lo chiamano in causa come dirigente responsabile, allo stesso modo; tali novità (o presunte novità, visto che in realtà sono anni che, lo sappia egli o meno, ha tali responsabilità) suscitano immediatamente, e forse comprensibilmente, tensioni e resistenze.

Se a questo impatto sul ruolo (o meglio, sulla propria visione del ruolo) si aggiunge il fatto che i problemi della prevenzione (per le carenze culturali generali delle Aziende USL e ospedaliere ed anche, perché no, per le caratteristiche della formazione del medico, totalmente e unidimensionalmente orientate alla clinica) non sono percepiti come importanti, qualificanti, «alti», ma anzi sono visti solo nel loro aspetto di «vincolo» al libero e pieno espletarsi delle attività assistenziali (e questa è un'ottica di tutta la macchina ospedaliera e USL, condivisa anche dalla dirigenza non medica!), si forma un groviglio micidiale di resistenza all'accettazione della nuova situazione che viene proposta ai primari e ai dirigenti in genere.

### *5.3. Difficoltà legate alla non comprensione del ruolo delle altre figure attrici del processo preventivo*

Alle complicazioni legate alla ridefinizione del proprio ruolo si aggiungono quelle legate alla comprensione del ruolo degli altri attori del processo preventivo aziendale previsti dalla normativa 626, a partire proprio dal datore di lavoro (tra l'altro, per inciso, si è rilevato come è abbastanza facile, per i dirigenti, individuare quasi con un riflesso di automatismo il datore di lavoro nel direttore generale, mentre più difficile è l'individuazione e la comprensione nel caso in cui, e in

molte Aziende USL ciò si è verificato, i datori di lavoro sono stati individuati in alcuni dirigenti).

Molto limitata è infatti, per mancanza di idonei processi formativi, la conoscenza del sistema di responsabilità tracciato dalle norme di igiene e sicurezza del lavoro, ma soprattutto la conoscenza e la comprensione dell'atto della delega: c'è infatti confusione forte tra la semplice assegnazione di un mandato, un compito, una funzione, nell'ambito di un qualsiasi sistema gerarchico e organizzativo, e l'attribuzione di una vera e propria delega, atto con cui il delegante trasferisce completamente al delegato una funzione, con tutte le responsabilità connesse, anche sotto il profilo giuridico-penale, ma anche con tutti i poteri decisionali economici e organizzativi necessari a gestirla; con piena autonomia «a fare» del delegato e totale non ingerenza (salvo la verifica dell'adempimento della funzione) da parte del delegante.

Ma altrettanto difficile è comprendere il ruolo, i compiti, le funzioni, del Servizio di prevenzione e protezione aziendale e del suo responsabile (RSPP); scatta infatti, in modo molto semplicistico e riduttivo, l'equazione «SPP = quelli che fanno prevenzione all'interno della USL o dell'ospedale», attribuendo quindi al SPP non solo il suo ruolo istituzionale e giuridicamente definito di «consulente tecnico interno per la prevenzione», ma anche quello, inesistente e non previsto dalle norme, di realizzatore e controllore delle misure preventive (altra frase tipica che ricorre nei corsi di formazione: «Perché devo essere io, Primario, a controllare che i miei collaboratori rispettino le norme di prevenzione, e a intervenire se non lo fanno? Ci pensi il SPP; è qui per questo!»).

Non c'è, in realtà, la percezione consapevole del fatto che, in ogni

azienda, il sistema di prevenzione non è cosa altra, separata, diversa dal sistema organizzativo dell'azienda, ma è, al contrario, esattamente sovrapponibile e coincidente con il sistema organizzativo. Attuare, controllare, regolare il funzionamento del sistema preventivo è compito della «linea» aziendale: il SPP, struttura di staff, è unicamente uno strumento tecnico a disposizione dell'organizzazione, come specialista, per supportare tecnicamente le soluzioni dei problemi.

Di questa ottica deviata ed errata è testimonianza anche la non comprensione del ruolo dei Preposti; si è sviluppata, in molte Aziende USL e ospedaliere, la tendenza ad individuare degli specifici preposti da responsabilizzare nella gestione quotidiana del sistema di prevenzione, di fatto ammettendo che tutti gli altri preposti possono «chiamarsi fuori» da ciò. Non trova molta cittadinanza nel modo di pensare dei dirigenti delle USL e degli ospedali il concetto che tutti i preposti, proprio in quanto preposti, sono fortemente compromessi nel sistema preventivo (in quanto, come si diceva sopra, l'articolazione del sistema preventivo — e la responsabilità connessa — si modella esattamente su quella del sistema organizzativo aziendale) e devono tutti assolvere ai compiti che il 626 pone in capo ai preposti stessi. Occorre fare molta chiarezza su questo anche perché, ciò facendo, si aiuta il processo di chiarificazione e comprensione delle responsabilità dei dirigenti stessi, e della corretta e consapevole condivisione di tali responsabilità con i preposti, secondo le attribuzioni e le competenze definite dal sistema organizzativo aziendale; infatti, una delle richieste che più spesso emerge dalla platea nei corsi di formazione per primari e dirigenti — ma anche da quelli per preposti — è quella di una chiara

declaratoria dei compiti spettanti agli uni e agli altri non in astratto o in termini giuridici generali, ma in quella azienda e in quello specifico contesto organizzativo, e ciò appare molto corretto.

Se far comprendere che non esistono «i preposti alla sicurezza» ma che tutti i preposti hanno tra i loro compiti anche quello di occuparsi di sicurezza è un passaggio decisivo per affrontare queste difficoltà, altrettanto importante è far comprendere bene il ruolo di tutte le altre figure in campo.

C'è anzitutto la difficoltà a comprendere il nuovo ruolo dei lavoratori, non più solo esecutori o destinatari passivi di disposizioni, ma soggetti attivi che da un lato devono essere adeguatamente informati e formati (il che, oltre che maggiore consapevolezza e comportamenti più attenti e corretti da parte dei lavoratori, comporterà anche, da parte degli stessi, un atteggiamento più fermo nell'esigere dai dirigenti e preposti il rispetto delle regole — finalmente esplicitate e note — del gioco) e dall'altro devono portare il loro contributo costante al mantenimento di efficaci livelli di prevenzione; è difficile far capire che un lavoratore che solleva un problema di sicurezza e lo viene a porre al preposto o al dirigente, non solo non è un elemento di disturbo, non solo esercita un diritto, ma addirittura adempie ad un suo obbligo, funzionale al sistema preventivo nel suo complesso: la segnalazione di qualche cosa che non va è l'unico elemento che può mettere in moto il circolo «virtuoso» che porterà all'eliminazione della criticità e al riequilibrio del sistema.

Ma ancora più difficile è comprendere il ruolo e la funzione dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (d'ora in poi, per brevità, RLS) che, in generale, sono dappertutto visti come figure a valenza sindacale (tale visio-

ne errata è anche alimentata dal fatto che quasi dappertutto tali figure coincidono nella stessa persona dei sindacalisti), e quindi *tout-court* come portatori di istanze di contropotere, di rivendicazioni, di conflitto; in sintesi, come controparti e non come attori del processo preventivo, pienamente inseriti — se pure con un ruolo ed un'autonomia particolari — nel sistema di prevenzione aziendale, quale è invece il significato del RLS nel 626, che nasce ispirandosi a modelli collaborativi di relazioni sindacali tipici delle culture dei Paesi centro e nord-europei.

In particolare, quelli che sono i poteri del RLS, come il potere d'accesso ai luoghi di lavoro, alla documentazione, ecc. suscitano riflessi di rifiuto anche molto duro (a volte con inaccettabili venature classiste o francamente razzistiche: «Io, primario, devo accettare di discutere di certi problemi con un portantino? Devo dargli informazioni, fargli vedere il mio reparto o il mio laboratorio?»). Si sente messa in discussione una doppia sacralità: quella del ruolo di «dominus» del reparto (o laboratorio, o servizio), che deve rendere conto ad un'altra persona (fra l'altro gerarchicamente inferiore) di ciò che succede nella sua organizzazione, e quella del «territorio», in quanto un estraneo ha il diritto di entrare, indipendentemente dal consenso del primario (ma sempre, è evidente, concordando tempi e modi), negli spazi in cui si svolge l'attività di cui il primario risponde.

Un'altra difficoltà, su cui torneremo anche più oltre, è quella di individuare e comprendere le necessarie relazioni, per far funzionare il sistema di prevenzione, con altri segmenti dell'azienda: dal Servizio attività tecniche all'ingegneria clinica (dove esiste), dal Servizio economato e provveditorato al Servizio gestione del persona-



le, e soprattutto alla direzione sanitaria, il cui ruolo in questo campo è difficilmente individuabile con univoca chiarezza, anche perché, in molti casi, le stesse direzioni sanitarie non lo hanno ben chiaro, e quindi non lo hanno ben esplicitato.

Si è osservato come ben rara sia la situazione in cui i primari conoscono esattamente tutte le funzioni, le competenze, le attività dei servizi sopra accennati, le procedure per attivarli, le modalità di rapporto da intrattenere: in sostanza perché, quando e come attivarli.

Minori difficoltà incontra, invece, la comprensione della figura e delle attribuzioni del Medico competente (d'ora in poi MC), forse perché tali compiti sono più familiari e chiari ad altri medici. È però di difficile impatto tutto il problema dell'idoneità alla mansione dei lavoratori, e delle conseguenti ripercussioni organizzative sui livelli di attività e di assistenza. Anche in questo caso si verifica un paradosso, non così strano come potrebbe sembrare: un'attività come la sorveglianza sanitaria, così delicata e critica, non viene vista nella sua valenza positiva (tutelare al meglio le risorse umane dell'azienda) bensì nelle sue valenze particolaristiche di vincolo (sottrarre, a tempo determinato o indeterminato, risorse umane alla struttura che il primario dirige).

#### 5.4. Difficoltà di integrazione tra i diversi attori

Comprendere il sistema di relazioni che lega tra di loro i diversi attori del processo di prevenzione in un'Azienda USL o in un'Azienda ospedaliera non è semplice: datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, RLS, SPP, MC sono i numerosi snodi di uno schema caratterizzato da un complesso intreccio di flussi relazionali, per lo più bidirezionali.

Negli schemi dal n. 1 al n. 7 sono rappresentati graficamente i principali di tali flussi, e la direzione della freccia indica il senso della relazione. Le linee continue rappresentano i flussi più importanti, quelle tratteggiate quelli di secondaria importanza. Nei primi sei schemi sono esaminati i flussi riferiti alle singole figure (accorpondo per semplicità datori di lavoro e dirigenti), nel settimo è sintetizzato l'insieme di tutti i flussi, che deriva dalla sovrapposizione dei sei schemi precedenti.

Non è certo questa l'occasione per entrare nel dettaglio dei singoli schemi; la loro riproduzione ha unicamente lo scopo di rendere ben evidente anche ad una superficiale osservazione la complessità della situazione e quindi di motivare le difficoltà che i dirigenti incontrano ad assumere tali compiti e a metterli in pratica.

Ma ciò aiuta anche a rendersi conto degli alti livelli di integrazione che il sistema richiede, non solo a livello di modelli teorici, ma anche di operatività pratica.

Ad esempio, di fronte ad un qualsiasi problema di prevenzione, una volta che con il SPP si è arrivati ad individuare il da farsi, non sempre è facile capire chi deve intervenire (il Servizio attività tecniche? l'Economato? il Servizio di ingegneria clinica?...), se deve intervenire da solo o integrandosi con altri, quali sono le procedure per attivare tale intervento, quale è il ruolo della direzione sanitaria, ecc.

Non è facile orientarsi in un labirinto (così molte volte appare il sistema anche al dirigente o al primario più attento e volenteroso) in cui ci sono competenze a cavallo tra servizi e strutture diverse, doppioni e conflitti potenziali di competenze per sovrapposizioni di compiti, e viceversa zone d'ombra che non sono coperte da nessuno.

Ciò che rende particolarmente difficile e complesso per i primari e i dirigenti muoversi in questa rete di soggetti o relazioni sono tre elementi:

a) molte volte l'Azienda stessa, USL o ospedaliera che sia, non ha definito in modo rigoroso e puntuale i compiti e le competenze delle diverse strutture, il loro modo di operare, le procedure, i livelli di integrazione, ecc., e quindi non è in grado di proporre ai dirigenti e ai primari un efficace ed esplicito modello organizzativo e percorsi non ambigui;

b) non c'è chiarezza su chi sia l'interlocutore privilegiato dei dirigenti e primari per qualsiasi problema operativo e attuativo inerente la prevenzione; qui ci sono tre possibili opzioni:

— o è il dirigente della struttura che deve attivarsi per risolvere il problema (e allora deve essere ben chiaro ed esplicito, nella varia casistica dei possibili problemi, chi è il referente per ognuno di essi)

— o è una struttura collegiale di integrazione costruita ad hoc (e allora tale struttura deve essere ben nota, e così pure le modalità d'accesso)

— o è la direzione sanitaria quale terminale privilegiato di ogni esigenza di intervento in campo preventivo del singolo primario o dirigente.

Si noti che non si è prevista, come quarta ipotesi, che sia il SPP, proprio per il suo ruolo di consulente e supporto tecnico (per individuare le misure di prevenzione), e non di struttura operativa di intervento per adottare e attuare le misure di prevenzione;

c) infine, a monte dell'integrazione a livello operativo, c'è quella, ancora più complessa e delicata, dell'integrazione a livello decisionale, strategico, programmatico. Fermo restando che ogni decisione finale compete al datore di lavoro, con quale processo di consultazione, integrazione

ne, valutazione congiunta, e tra quali soggetti, viene costruito il supporto al processo decisionale? In sostanza, di fronte a risorse limitate e a problemi che richiedono più risorse di quelle disponibili, il decisore in base a quali criteri seleziona ciò che va fatto e ciò che può aspettare?

Questa criticità (che forse è la «madre di tutte le criticità») è percepita come uno degli ostacoli più rilevanti dai dirigenti e dai primari, e crea forti difficoltà anche perché scatena sia momenti di competitività e conflittualità al loro interno per l'accesso alle poche risorse, sia momenti di insoddisfazione perché vedono risorse orientate verso un'attività — quella della prevenzione — che, come si è più volte detto in precedenza, è vissuta come marginale e scarsamente rilevante di fronte alle attività cliniche ed assistenziali.

Che il problema dell'integrazione, comunque, anche a livello concretamente operativo, sia uno dei più rilevanti e crei forti difficoltà ai dirigenti ed ai primari apparirà ben evidente esaminando il successivo blocco di problemi.

#### *5.5. Difficoltà nel comprendere e condividere i nuovi percorsi che un sistema organico di prevenzione deve prevedere*

L'organizzazione coerente di un sistema di prevenzione in un'azienda complessa e di grandi dimensioni (e le Aziende USL e ospedaliere rispondono ad entrambi questi requisiti) non può prescindere da una rigorosa definizione dei percorsi e delle procedure da seguire, dall'allocazione di precisi punti di responsabilità e linee di autorità, dalla definizione di *standard* da rispettare, dall'individuazione di figure deputate anche al controllo sul rispetto di questi standard, da un sistema informativo dedicato che supporti

tutte le attività e le fasi operative di cui sopra.

Solo per fare un esempio: se le attività di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria devono essere calibrate sui rischi specifici cui il lavoratore è esposto durante la sua attività professionale, è evidente che deve funzionare in tempo reale il sistema informativo sugli spostamenti interni del personale (oltre che sulle nuove assunzioni, naturalmente). Se il sig. Rossi viene trasferito dal reparto A al reparto B, e al reparto B i rischi professionali sono diversi, il dirigente o primario del reparto B deve sapere per tempo che Rossi arriverà e che deve organizzare (o far organizzare, o chiedere che venga organizzata) l'attività di informazione e formazione per il sig. Rossi, come pure, analogamente, il MC deve essere allertato per tempo, così da effettuare la visita preventiva onde accertare se Rossi è idoneo alla nuova attività.

L'esempio scelto può sembrare banale, ma se riprodotto su grossi numeri da gestire spesso in contemporaneità, diventa immediatamente critico, e non si può affrontare senza un sistema informativo interno valido e senza procedure definite in modo puntuale.

È difficile far introiettare ai primari e ai dirigenti il principio che esiste tutta una serie di attività che ha risvolti — anche se apparentemente non immediatamente percepibili — anche in campo di prevenzione, e che per esse devono essere previsti percorsi e procedure che vanno puntualmente rispettati, non per motivi burocratici o formali, ma per una sostanziale aderenza ai principi e alle metodologie della prevenzione.

Basta ricordare:

— la mobilità interna del personale (che si è appena presa come esempio);

— gli acquisti (di macchine, impianti, mezzi di protezione personale,

reagenti, prodotti per pulizie e disinfezione, ecc.);

— gli appalti (di ogni tipo, dalle pulizie al lavaggio biancheria, dai lavori edili alla mensa);

— gli ampliamenti e le ristrutturazioni edilizie o impiantistiche;

— l'introduzione di nuove tecnologie;

— la manutenzione degli impianti e attrezzature.

Accanto a questi, esistono poi le situazioni più immediatamente e facilmente percepibili come intrinsecamente legate alle funzioni di prevenzione:

— il verificarsi di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale;

— il verificarsi di un'emergenza sia in campo di sicurezza che di igiene del lavoro;

— la segnalazione di un problema da parte di un lavoratore o di un RLS;

— un sopralluogo dell'organo di vigilanza.

Per tutte queste occasioni, e per tante altre che per brevità non riportiamo, devono essere previsti percorsi e procedure chiare e precise, non sempre di immediata accettazione e condivisione da parte dei primari, perché spesso comportano oneri, tempo, esigenze di integrazione, verifica e confronto con altri soggetti, limitazione dei propri poteri decisionali e organizzativi, ecc.

Un elemento che deve ricorrere costantemente in questi percorsi è l'assoluta attenzione ad evitare *by-pass* che scavalchino il dirigente o il primario, non coinvolgendolo, quanto meno a livello informativo, in ordine ad un qualsiasi problema di igiene e sicurezza del lavoro che attiene al suo reparto, divisione, laboratorio o servizio. Se tali *by-pass* si verificassero, sarebbero evidenti segni di patologia organizzativa, da correggere immediatamente.

Anche questo è un elemento difficile da far capire, perché cozza contro una tendenza, molto diffusa nell'ambito dirigenziale e primario, a valutare tali coinvolgimenti come mere perdite di tempo, sottratto a cose più importanti.

### 5.6. Difficoltà di percezione e di accettazione del cambiamento

Se vogliamo essere sinceri ed esatti fino in fondo, la reale difficoltà non è tanto di percezione del cambiamento, quanto di accettazione, le cui radici si ritrovano in tutti gli aspetti sopra considerati. Ma la difficoltà all'accettazione del cambiamento non può essere letta, in modo troppo banale o semplicistico, come una manifestazione della classica o generale «resistenza al cambiamento». È un qualche cosa di più, che va preso in esame anche alla luce di altri elementi che nulla hanno a che fare con la prevenzione.

Fondamentale ci pare, ad esempio, l'effetto dell'attuale contesto in tema di contenzioso sanitario: oggi il medico (in particolare il primario o dirigente) e più in generale il dirigente di Aziende USL o ospedaliere, si vede spessissimo investito (o teme e si aspetta di essere investito) di denunce in sede civile o penale per «malpractice», comportamenti illegittimi in generale, abusi di atti d'ufficio od omissioni, ecc., in un *mix* di situazioni a valenza tecnico-professionale e giuridico-amministrativa.

È più che evidente che, in questo contesto, l'essere posto di fronte a ulteriori (in realtà già esistenti da anni, ma non conosciute, e quindi percepite e vissute come nuove) responsabilità con risvolti penali (e non di poco conto!) crea un atteggiamento istintivo ed immediato di rifiuto, su cui pesano poi tutte le altre incrostazioni culturali e organizzative di cui abbiamo parlato in precedenza: la prevenzione

come disciplina «bassa» a fronte della clinica, disciplina «alta»; il vedere più gli aspetti burocratici, fiscali, vincolistici, che non quelli sostanziali; la non accettazione di un sistema partecipato in cui anche dal basso si può intervenire sui problemi; la limitazione dei propri spazi decisionali e di autonomia organizzativa, in un contesto in cui si impongono da un lato forti momenti di integrazione, dall'altro precise procedure e percorsi da seguire, ecc.

Ma c'è un ulteriore elemento da non sottovalutare che crea forte resistenza ed ansia, legato, paradossalmente, proprio alla piena comprensione del proprio ruolo e delle proprie responsabilità: «Se esiste un problema di sicurezza e igiene del lavoro nel reparto che dirigo, e io ne sono a conoscenza, nel momento in cui dall'azienda — leggi "datore di lavoro" — non vengono messe in atto le necessarie misure per risolvere il problema, o vengono rimandate nel tempo, io che cosa devo fare? Devo continuare a far lavorare i miei collaboratori in condizioni di rischio (e in questo caso con quali responsabilità penali, oltre che etiche?) oppure devo sospendere l'attività (e in questo caso con quali responsabilità penali, oltre che etiche?), o esiste una improbabile terza via?».

Cioè, nel momento in cui si è completato lo sforzo di comprendere ed assumere il proprio nuovo ruolo nel sistema organizzativo della prevenzione (e nel sistema organizzativo tout-court) e quindi la necessità (o inevitabilità) di farsi carico di queste «nuove» responsabilità non desiderate né desiderabili, la fatica e l'impegno che tale processo di comprensione ha comportato sono immediatamente «ricompensati» dalla precisa sensazione di essere schiacciati dal peso di queste responsabilità, in modo anche drammatico. L'arrivo a questo momento della verità è un punto vera-

mente critico nel percorso formativo dei dirigenti e dei primari ospedalieri; ma, essendo collocato a valle della fase più faticosa e ostica del processo formativo, è anche il momento da cui si può partire ricostruendo, in positivo, il loro ruolo, e valorizzando in particolare le opportunità che l'attuale momento offre.

## 6. Le opportunità

Il nuovo contesto normativo comunitario in materia di tutela della salute dei lavoratori crea, per l'ampiezza dell'impatto e la portata dei cambiamenti necessari, le grandi difficoltà che si è teso a rappresentare nelle pagine precedenti sotto forma di rappresentazioni metaforiche e citazioni colloquiali emerse in molteplici corsi di formazione per datori di lavoro, dirigenti e preposti «stressandone» anche i concetti espressi e usando a volte per ragioni di chiarezza un linguaggio un po' irriverente, se non addirittura provocatorio. Deve tuttavia essere chiaro che il nuovo contesto normativo offre anche alcune importanti opportunità che datori di lavoro, dirigenti e preposti devono saper cogliere in tutta la loro portata, almeno per accrescere fiducia e «pensiero positivo» verso la prospettiva di cambiamento e crescita professionale che si apprestano ad affrontare per effetto del 626.

Le opportunità più rilevanti che vorremmo rendere evidenti e meglio esplicitate nella loro portata riguardano otto ambiti di interesse:

1) opportunità di riorientamento delle funzioni strategiche nell'Azienda sanitaria;

2) opportunità di rendere operante un sistema qualità più complesso e più completo;

3) opportunità di un nuovo e più alto profilo di ruolo del dirigente (ma anche del preposto);

4) opportunità di orientare il nuovo sistema premiante su progetti e obiettivi di prevenzione;

5) opportunità della formazione per sostenere il processo organizzativo e culturale di prevenzione;

6) opportunità di avere a disposizione nelle Aziende sanitarie supporti tecnici specialistici qualificati per la promozione della prevenzione;

7) opportunità della presenza di una figura di riscontro e di stimolo nel Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS);

8) opportunità legata all'attuazione delle normative sui requisiti minimi di qualità delle strutture sanitarie.

### 6.1. *Opportunità di riorientamento delle funzioni strategiche nell'Azienda sanitaria*

Tutto l'impianto della nuova normativa sull'igiene e sicurezza del lavoro presuppone un approccio culturale e organizzativo che rimette in discussione l'ordine di priorità delle funzioni strategiche anche nelle Aziende sanitarie, e le relazioni tra esse.

Il debito di sicurezza nei riguardi dei collaboratori e le modalità organizzative imposte per farvi fronte presuppongono che il problema sia affrontato non più come questione settoriale, magari delegabile al direttore sanitario e/o a qualche altro dirigente, ma come una delle principali funzioni strategiche della direzione generale capace di condizionare pesantemente altre funzioni strategiche come la promozione delle risorse umane e in particolare la formazione, il sistema premiante e il sistema di reclutamento, la comunicazione organizzativa, le relazioni sindacali e parte delle relazioni istituzionali esterne, le strategie di acquisizione delle risorse strumentali, e i

processi di ristrutturazione edilizia, il sistema qualità nel suo complesso.

È pertanto necessario un riorientamento delle funzioni strategiche, un riposizionamento delle relazioni tra le funzioni strategiche, una rivisitazione dell'assetto organizzativo capace di presidiarle adeguatamente, un riassetto del sistema valoriale che l'azienda esprime nella concretezza delle azioni quotidiane del *top management* e della direzione allargata; è come se tutta la macchina organizzativa e i suoi meccanismi operativi nell'azione di tutti i giorni dovessero essere costantemente indotti a chiedersi «ma ciò che stiamo facendo e il modo in cui agiamo è anche funzionale alla promozione della salute o almeno alla difesa dell'integrità psico-fisica dei collaboratori?».

Assumere il 626 nella sua pienezza offre dunque l'opportunità di una rivisitazione-riorientamento delle funzioni strategiche decise dalla direzione generale e resa operante attraverso il coinvolgimento creativo di tutta la dirigenza.

### 6.2. *Opportunità di rendere operante un sistema qualità più complesso e più completo*

Anche nelle Aziende sanitarie è in atto lo sviluppo di una attenzione sempre più crescente e diffusa al sistema qualità, in particolare alla qualità percepita dal cliente, alla qualità tecnico-specifica e relazionale delle professionalità, alla qualità dei processi tecnici e gestionali. Un sistema qualità organico non può non comprendere nel processo di miglioramento continuo anche la qualità della condizione di lavoro degli addetti (ma anche la qualità dell'impatto ambientale della produzione dei servizi sanitari).

Non è solo una ragione etica che lo impone o il sistema sanzionatorio penale e civile a carico di chi si rendesse responsabile di lesioni personali per

negligenze nell'igiene e sicurezza del lavoro; è anche una ragione organizzativa che motiva pienamente l'alto peso di questa variabile della qualità; la salute e il benessere del personale che è risorsa strategica nei servizi sanitari e sociali, è infatti la precondizione perché si possa parlare di qualità del lavoro prodotto in questi servizi; così come sotto il profilo motivazionale e di sviluppo del senso di appartenenza dei collaboratori è quanto mai importante la percezione che l'azienda in cui si lavora compie ogni sforzo possibile e utilizza tutte le opportunità di cambiamento praticabili per tenere conto del debito di sicurezza verso i propri collaboratori; coerentemente, peraltro, con la più generale mission che caratterizza tutte le Aziende sanitarie.

Questo non significa l'assoluta certezza che sia eliminabile ogni condizione di rischio nelle attività sanitarie, né che tale eliminabilità dipenda unicamente dall'organizzazione aziendale e dal sistema di responsabilità sopraordinata ad ogni operatore; anche l'operatore più umile ha le sue proprie responsabilità nel determinare sul piano del comportamento operativo e delle abilità più o meno orientate alla prevenzione, maggiore o minore sicurezza per sé e per gli altri; risulta tuttavia anche emotivamente accettabile un minimo margine di rischi per sé, pur seguendo le più adeguate procedure operative, se vi è la consapevolezza che l'azienda e il suo sistema organizzativo sono costantemente impegnati a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità che comprende anche la qualità della condizione di lavoro orientata alla sicurezza dei propri addetti.

Se allora anche la sicurezza del lavoro viene assunta come uno dei «valori forti» da promuovere nel sistema qualità aziendale, coerenza vuole che la garanzia di raggiungimento dell'o-

biiettivo sia ottenuta tramite percorsi e procedure definite, l'individuazione di precise responsabilità anche gerarchicamente ordinate, strumenti e flussi informativi e relazionali dedicati, standard di riferimento, e sistemi di controllo sul loro rispetto e miglioramento; tutti questi elementi connotano la totale affinità, per non dire coincidenza, tra il sistema qualità e il sistema prevenzione.

### 6.3. *Opportunità di un nuovo e più alto profilo di ruolo del dirigente (ma anche del preposto)*

Come in tutte le organizzazioni, il dirigente è chiamato a presidiare la qualità tecnico-specifica dei propri prodotti e a rendere efficienti e di qualità i processi produttivi di beni e servizi che dipendono dal gruppo di collaboratori a lui assegnati in un'unità produttiva o in un settore operativo.

Se tuttavia a fianco delle responsabilità organizzative e gestionali più tradizionali, si vede nel dirigente, sia esso sanitario o tecnico, colui che è chiamato a organizzare anche la prevenzione per la tutela psico-fisica dei suoi collaboratori (un ruolo che ha sempre avuto e che esce ulteriormente rafforzato nella nuova normativa del 626), si accresce di molto la sua autorevolezza e il prestigio derivante da una buona conduzione di questa responsabilità gestionale, il cui contenuto e sistema di relazioni è già stato illustrato in precedenza.

Proprio perché si amplia l'ambito di gestionalità del dirigente chiamato a sovrintendere anche il processo di prevenzione realizzabile nella sua unità operativa, ne uscirà influenzato positivamente anche lo stile di *leadership* di questo dirigente.

### 6.4. *Opportunità di orientare il nuovo sistema premiante su progetti e obiettivi di prevenzione*

L'Azienda sanitaria tenuta a rendere operante la «filosofia» del 626 e il nuovo sistema di responsabilità nel campo della prevenzione, è chiamata a orientare il proprio sistema premiante (non solo quindi gli incentivi di produttività nella loro entità aziendale non aumentabili) anche in funzione di progetti e obiettivi finalizzati alla tutela della salute dei propri addetti e più in generale al processo organizzativo aziendale per la prevenzione; si crea pertanto anche per i dirigenti, in relazione alle nuove responsabilità acquisite, l'opportunità di rinegoziare il sistema premiante che li riguarda, chiedendo che venga ridisegnato anche in funzione del nuovo profilo di ruolo che gli è richiesto di coprire in modo adeguato.

### 6.5. *Opportunità della formazione per sostenere il processo organizzativo e culturale di prevenzione*

Spesso, e forse non a torto, la formazione è considerata parte del sistema premiante di un'azienda; sicuramente è considerata da tutti uno strumento indispensabile (c'è chi dice una metodologia) per sostenere processi di cambiamento organizzativo che passano anzitutto attraverso nuove conoscenze e abilità, attraverso lo sviluppo di nuove capacità relazionali e l'acquisizione di nuove sensibilità e sistemi valoriali; i processi culturali nuovi da indurre in un'organizzazione sono lenti, ma hanno il vantaggio di portare a stabilità i cambiamenti, risolvendo le resistenze, sintomo spesso più di paura delle novità che non di opposizione preconcetta. Già le norme si incaricano di rendere obbligatori per le aziende progetti formativi rivolti ai diversi soggetti chiamati a interagire nel nuovo processo di prevenzione; ma al

di là dei vincoli di avvio dell'attività formativa in questo campo, vi è la necessità di integrare la formazione permanente anche con questi nuovi contenuti in un processo formativo permanentemente orientato a questi nuovi obiettivi di qualità crescente della condizione di lavoro.

Nelle organizzazioni sanitarie costituite in gran parte da professionisti delle tematiche specifiche attinenti la salute, è impressionante quanto ancora oggi siano grandi e variegati nella loro specializzazione i patrimoni culturali e professionali non ancora utilizzabili per finalità di prevenzione dei rischi professionali, in quanto l'organizzazione aziendale non ha ancora saputo orientarli a questa finalità; ma proprio per questa specificità delle organizzazioni sanitarie, per queste potenzialità ancora inesprese, non esiste altra organizzazione diversa dalle Aziende sanitarie che porti in sé la possibilità di realizzare nel tempo la più integrata rete di relazioni orientata anche alla tutela della salute degli addetti se la formazione, inserita nello sviluppo del sistema qualità, saprà fare la sua parte. In queste condizioni di rete in gran parte ancora da costruire, si potrà finalmente evitare che gli specialisti aziendali dell'igiene e sicurezza del lavoro siano di fatto degli UFO che viaggiano su un loro percorso che il complessivo sistema organizzativo aziendale mantiene estraneo a se stesso.

### 6.6. *Opportunità di avere a disposizione nelle Aziende sanitarie supporti tecnici specialistici qualificati per la promozione della prevenzione*

Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione presente nelle Aziende sanitarie con i suoi collaboratori tecnici e il medico competente nella nuova configurazione di competenze che lo caratterizzano, costitui-

scono oggi il necessario supporto di specializzazione tecnica perché ogni livello di responsabilità aziendale (dal datore di lavoro, ai dirigenti e preposti, dai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza ai singoli lavoratori) riceva indicazioni tecniche e prestazioni professionali adeguate alla messa a regime del complesso sistema di prevenzione; vi è l'obbligo per il datore di lavoro di accertarsi per via indiretta che tali figure abbiano una adeguata professionalità da mantenere ai più alti livelli attraverso opportunità di aggiornamento professionale anche per i loro collaboratori. L'Azienda sanitaria dunque deve essere dotata di propri specialisti per arrivare a portare a regime il sistema permanente di prevenzione. È tuttavia indispensabile che siano considerati dei supporti tecnici al sistema di responsabilità più diffuso aziendale, che anche in materia di prevenzione coincide con l'organigramma funzionale delle responsabilità gestionali.

Sarebbe un errore fondamentale rispetto alla nuova normativa di sicurezza del lavoro, che pure ne ha definito il profilo di ruolo professionale, considerare che questi, e solo loro, siano la struttura e il sistema di prevenzione; hanno certamente compiti loro personali insostituibili, ma sono in sostanza al servizio di chi deve, al proprio livello di responsabilità aziendale, prendere decisioni e assumere comportamenti personali orientati a obiettivi di prevenzione.

#### *6.7. Opportunità della presenza di una figura di riscontro e di stimolo nel Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)*

Nel sistema di responsabilità aziendali in materia d'igiene e sicurezza del lavoro rientra anche il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, anche se indicato/eletto dai lavoratori, con

l'intervento spesso delle OO.SS. Proprio perché la sua formazione è un obbligo del datore di lavoro, non può essere considerato nell'ambito del processo di prevenzione e delle relazioni tra tutti i soggetti titolati, come la controparte sindacale del datore di lavoro, bensì come un collaboratore nel sistema di relazioni che promuove e realizza il processo di tutela della salute, come uno stimolo e un verificatore che il processo di prevenzione progredisca con forti elementi di qualità, capace di interpretare le esigenze di tutela della salute dei lavoratori i cui bisogni di sicurezza è chiamato a rappresentare; una figura dunque «dalla parte della salute dei lavoratori» e non dalla parte dei lavoratori come devono essere le organizzazioni sindacali.

Il datore di lavoro, i dirigenti e i preposti sono dunque chiamati a vedere l'RLS come un indispensabile punto di riferimento relazionale nel processo di analisi e presa di decisioni in materia d'igiene e sicurezza del lavoro e come un'indispensabile figura di stimolo e di riscontro, e, proprio da questo punto di vista, un'opportunità nella sua veste, se bene interpretata, d'interlocutore necessario al processo di prevenzione.

Del resto, chi sono i più utili collaboratori del dirigente sanitario o del primario ospedaliero, i collaboratori più preziosi nell'ambito delle attività sanitarie e dei processi assistenziali a favore dell'utente-cliente?

Non sono forse proprio quegli operatori più accorti nel cogliere «ciò che non va bene», i più tempestivi non solo nel fare presenti i problemi indicando anche il proprio parere sulle modalità di risolverli?

I più utili, non sono sempre quei collaboratori che fanno presenti scadenze, coerenze con decisioni già prese o proposte motivate di cambiamento?

Gli RLS devono «viversi ed essere vissuti» come preziosi collaboratori

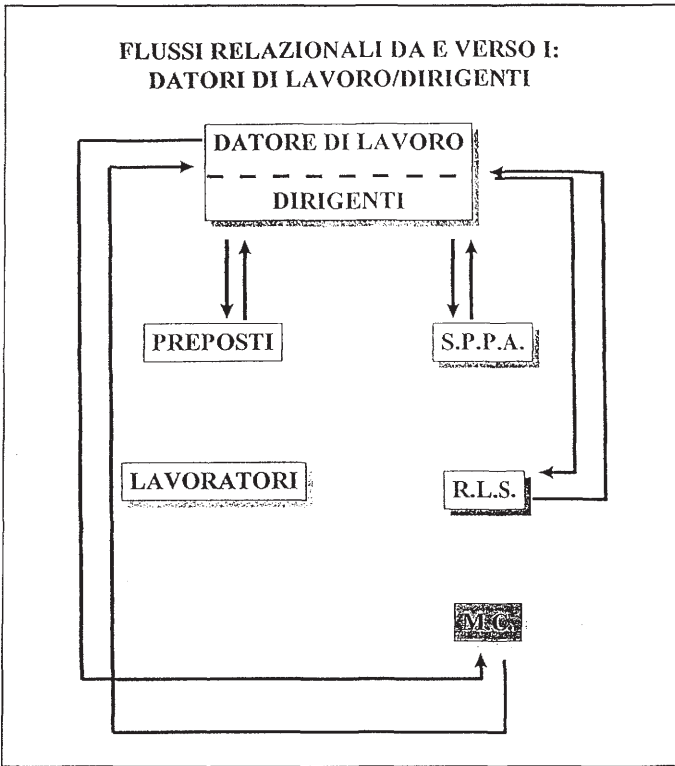
della organizzazione aziendale nel processo di analisi, monitoraggio e cambiamento che il processo di sviluppo delle attività orientate alla tutela della salute degli addetti richiede; dunque, un'opportunità positiva da valorizzare.

#### *6.8. Opportunità legata all'attuazione delle normative sui requisiti minimi di qualità delle strutture sanitarie*

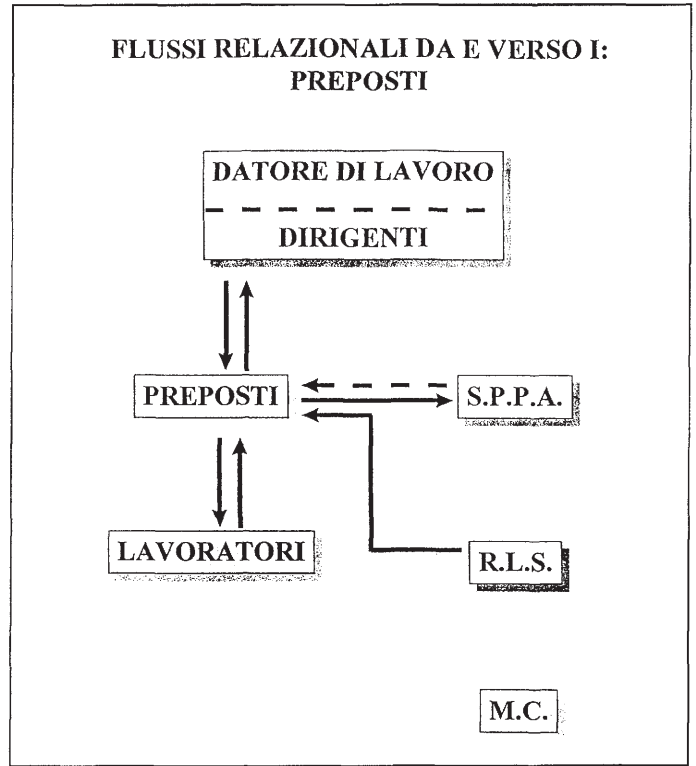
Da ultimo, non può essere dimenticato il D.P.R. del 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private», che costituisce una formidabile occasione per riorganizzare e riqualificare le strutture sanitarie. Formidabile in quanto precisa con chiarezza i requisiti minimi che devono essere garantiti dal punto di vista non solo strutturale ma anche tecnologico ed organizzativo (costituendo quindi un punto di riferimento vincolante e un orientamento da cui non si può deflettere se non in meglio); in quanto avvia finalmente un serio e omogeneo processo di accreditamento; in quanto prevede un termine per l'adeguamento congruo (di fatto sei anni) e compatibile con una rigorosa e al contempo realistica programmazione; in quanto prevede un sistema di verifica almeno quinquennale della permanenza dei requisiti.

Quale migliore occasione per poter dunque reimpostare l'assetto strutturale ed organizzativo delle Aziende USL e ospedaliere con un efficace riorientamento (e qui torniamo al primo punto dell'elenco delle «opportunità») verso la prevenzione e la sicurezza, saldamente intrecciate con la qualità?

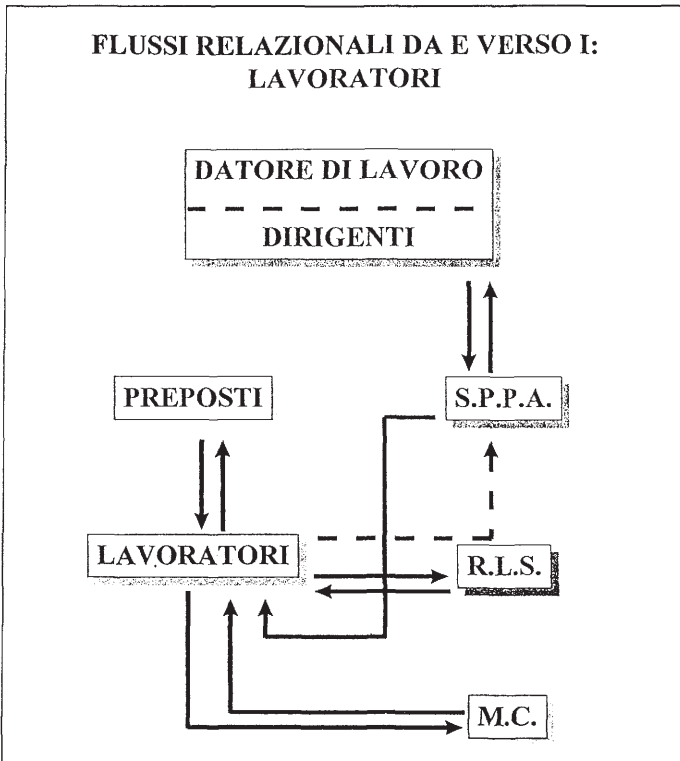
Schema 1



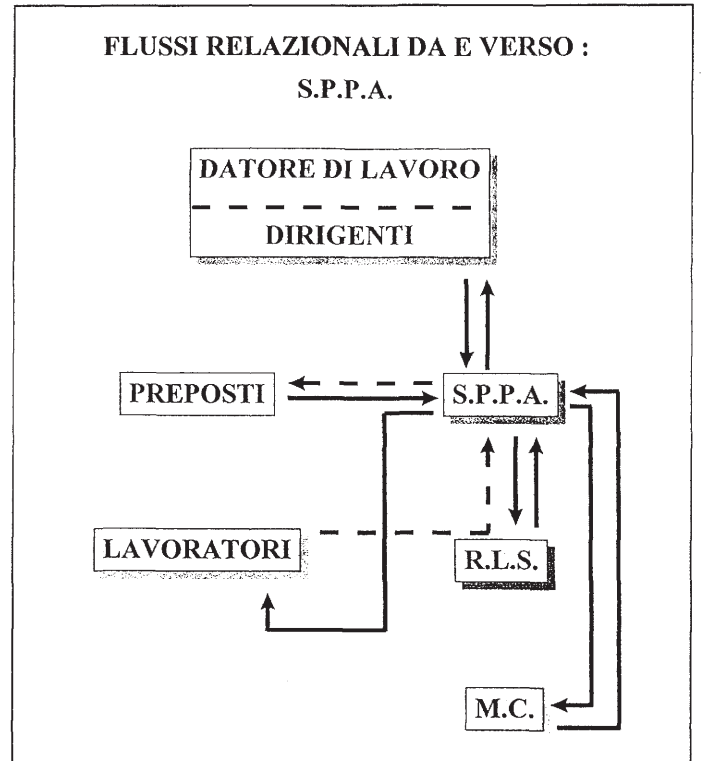
Schema 2



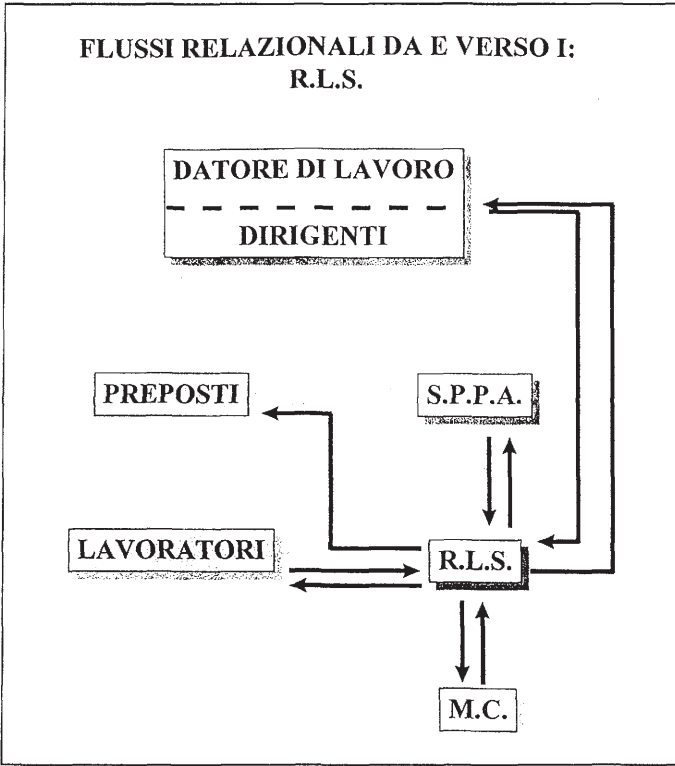
Schema 3



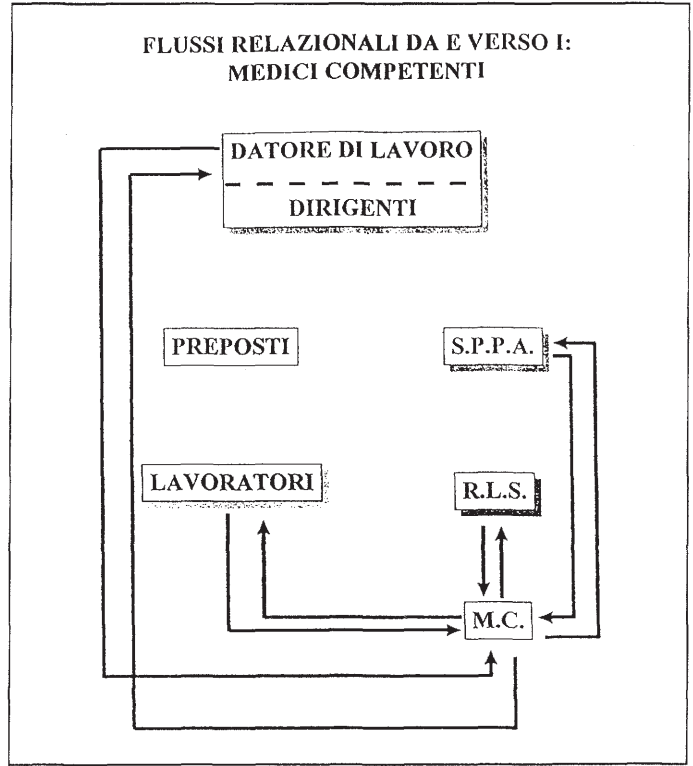
Schema 4



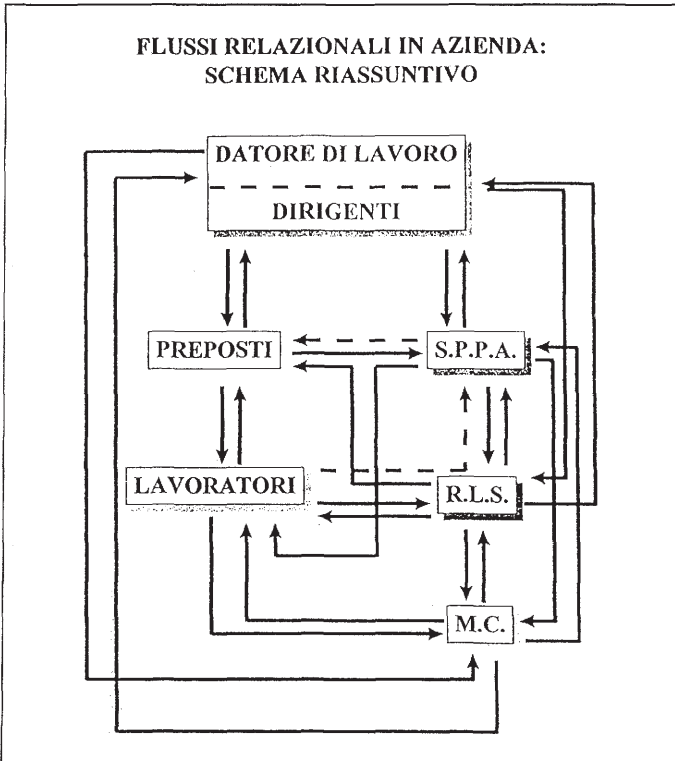
Schema 5



Schema 6



Schema 7





**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>



## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

A.I.O.P.  
Associazione Italiana  
Ospedalità Privata

**Manuale di comunicazione  
integrata ed organizzativa  
in sanità.  
Guida per titolari,  
dirigenti ed operatori**

GMPPr group 1997  
pagg. 205, s.p.

*Il progetto di formazione permanente ed il programma editoriale A.I.O.P. si arricchiscono di un terzo manuale che si offre come strumento di riflessione, studio e lavoro agli operatori sanitari, con l'intento primario di agevolare l'attivazione e il consolidamento dei processi legati alla Comunicazione integrata ed organizzativa, non tralasciando di insistere sugli approcci strategici ed etici indispensabili da un lato e di sollecitare il dibattito e l'aggiornamento su aspetti di crescente interesse, quali la soddisfazione del paziente, il Consenso informato, la Carta dei servizi e molti altri.*

INDICE: INTRODUZIONE - PARTE I: L'EVOLUZIONE DEI CONCETTI DI MERCATO, MARKETING E COMUNICAZIONE IN SANITÀ - PARTE II-PARTE III: LA COMUNICAZIONE «VERSO» L'ESTERNO DELLA CASA DI CURA - PARTE IV: PIANO DI INVESTIMENTO DELLA CASA DI CURA IN COMUNICAZIONE INTEGRATA ED ORGANIZZATIVA - PARTE V: APPENDICI.

*Nell'ambito dell'applicazione del D.L.vo 502/517 e delle conseguenti difficoltà riorganizzative generate dal processo di aziendalizzazione in atto, è stato finanziato lo scorso anno (maggio 1996) dal Ministero della sanità, un programma speciale della regione Emilia-Romagna «Verso l'accreditamento», finalizzato allo sviluppo e alla sperimentazione di metodologie e strumenti di verifica della qualità. Il testo raccoglie i materiali del percorso formativo proposto ai rappresentanti delle Aziende sanitarie della Regione, quali strumenti utili per la definizione di «linee guida» da adottare per l'accreditamento delle strutture sanitarie. Il lavoro è stato svolto da tre gruppi orientati rispettivamente al Dipartimento di prevenzione, alle strutture di degenza e a quelle distrettuali.*

INDICE: PRESENTAZIONE - PARTE I: SCENARIO DI RIFERIMENTO - 1. UN PROGRAMMA SPERIMENTALE (R. CINOTTI) - 2. VERSO L'ACCREDITAMENTO: PERCHÉ UN CORSO SUI SISTEMI QUALITÀ AZIENDALI (R. CINOTTI) - 3 PROGETTO FORMATIVO - PARTE II: CONTENUTI DEL PROGRAMMA FORMATIVO - 4. IL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE E IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ (G. RINALDI) - 5. SPUNTI DI RIFLESSIONE IN TEMA DI ACCREDITAMENTO (R. CINOTTI) - 6. IL 1995 NEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO ANGLOFONI. UNA RIVOLUZIONE? (R. CINOTTI) - 7. IL «CAMPO BASE» DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO: IL SISTEMA QUALITÀ COME DISEGNATO DALLE NORME ISO 9000 (V. GRUPPIONI) - PARTE III: STRUMENTI VALUTATIVI - 8. QUESTIONARIO UTILIZZATO PER LA VALUTAZIONE DA PARTE DEI DISCENTI - 9. RISULTATI DELL'ELABORAZIONE DEI QUESTIONARI DI VALUTAZIONE COMPILATI DAI DISCENTI.

AGENZIA SANITARIA  
REGIONALE

**Gestire e verificare  
la qualità  
nelle strutture sanitarie.  
Concetti e modelli**

CLUEB  
Bologna, 1997  
pagg. 164  
L. 15.000

GIUSEPPE BERTI CERONI  
ELISABETTA PALTRINIERI

L'ambulatorio psichiatrico  
pubblico.  
Ruolo, attività, problemi

La Nuova Italia Scientifica  
Roma, 1996  
pagg. 206, L. 33.000

*Il volume testimonia l'esercizio dell'attività ambulatoriale offerta negli ultimi anni, nei Centri di salute mentale a Bologna e, per esteso, in Emilia-Romagna, regione in cui i servizi psichiatrici hanno una discreta omogeneità e l'assistenza ambulatoriale si è sviluppata uniformemente, avendo una centralità nella pratica dei servizi territoriali. La prima parte del testo è dedicata alla valutazione clinica con un capitolo sull'urgenza che funge da raccordo alla seconda parte, relativa agli interventi e al loro setting, che tratta separatamente i vari tipi di intervento. La terza parte affronta gli elementi del contesto in cui l'attività viene svolta e conclude con il rimando alla collocazione geografica e temporale della testimonianza.*

INDICE: INTRODUZIONE - PARTE I: LA VALUTAZIONE CLINICA - PARTE II: GLI INTERVENTI PROPRI DELL'AMBULATORIO E I LORO SETTING - PARTE III: IL CONTESTO, LE DIMENSIONI, I COSTI E LE SCELTE.

*Un'analisi puntuale della situazione del comparto farmaceutico realizzata dal «Forum per la ricerca biomedica» al termine del suo quarto anno di lavori. Lo scopo è di mettere in risalto i problemi e le prospettive di risolverli esistenti nel settore. Le tematiche che vengono affrontate sono molte: dall'analisi dei dati strutturali, con la verifica dell'andamento del comparto dal punto di vista della spesa, a confronto della situazione internazionale e l'osservazione della manovra del giugno 1996, alle difficoltà per la ricerca farmaceutica, con un'indagine su quei farmaci a cui l'industria ha interrotto l'iter di sperimentazione. Conclude la sintesi dei lavori delle Commissioni del forum, particolarmente utile per l'individuazione delle scelte da compiere in un momento di importanti decisioni di tipo istituzionale.*

INDICE: INTRODUZIONE - I. SINTESI DEI RISULTATI - II. L'ANDAMENTO DEL SETTORE FARMACEUTICO - III. LE «MOLECOLE SOMMERSE». DIFFICOLTÀ E PROSPETTIVE DELLA RICERCA FARMACOLOGICA IN ITALIA - I LAVORI DELLE COMMISSIONI DEL FORUM DELLA RICERCA BIOMEDICA: COMMISSIONE SULLA REGISTRAZIONE DEI FARMACI - COMMISSIONE SULLA FARMACOVIGILANZA - COMMISSIONE SUI COMITATI ETICI PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI - COMMISSIONE PER LA DETERMINAZIONE DEI PREZZI DEI FARMACI.

CARLA COLLICELLI  
MICHELE CORTELLARO  
CONCETTA M. VACCARO  
(a cura di)

Farmaco e ricerca  
biomedica:  
politiche, problemi,  
prospettive

FRANCO ANGELI  
Milano, 1997  
pagg. 142  
L. 30.000

MARIO DEL TACCA  
(a cura di)

L'etica nella ricerca  
biomedica

La Nuova Italia Scientifica  
Roma, 1997  
pagg. 282  
L. 43.000

*La medicina d'oggi è chiamata a definire la salute in un individuo e, in una società, ad orientare le scelte di politica sanitaria, a determinare quando abbia inizio la vita umana e che valore abbia, a definire la morte e i diritti dell'individuo rispetto ad essa, l'aborto o ad affrontare nuove problematiche come trapianti, fertilizzazione, terapie estreme, eutanasia, applicazioni dell'ingegneria genetica. Nel dibattito, che oltrepassa l'etica e la deontologia medica, sono coinvolti medici, deontologi medici, ricercatori biologici, da un lato, filosofi morali, teologi, sociologi e giuristi dall'altro. Il volume raccoglie i contributi di esperti qualificati che hanno partecipato alla Conferenza internazionale su tali temi, svoltasi a Pisa su iniziativa dell'Università.*

INDICE: INTRODUZIONE. ETICA NELLA RICERCA BIOMEDICA - HUMAN RIGHTS AND BIOMEDICAL RESEARCH (P. KINCAID SMITH) - BIOTECNOLOGIE E PERSONALITÀ (R. BODEI) - IDENTITÀ E INTEGRITÀ DI JEKYLL (G. PADUANO) - ETICA NELLA RICERCA SCIENTIFICA (F. D'AGOSTINO) - LA SPERIMENTAZIONE ANIMALE È ANCORA NECESSARIA? (S. GARATTINI) - ETHICS IN ANIMAL EXPERIMENTATION (D. VON DER PFORDTEN) - ETHICAL ISSUES IN THE CLINICAL EVALUATION OF NEW DRUGS (F. SJÖQVIST) - USO DEL PLACEBO NELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA (A. AGOSTONI) - LA THÉRAPIE GÉNÉRIQUE, LES MANIPULATIONS GÉNÉTIQUES ET L'ÉTHIQUE (J. CHANTEUR) - ETICA NELLA RICERCA SUL GENOMA UMANO (L. DE CARLI) - BIOETHICS IN FERTILITY REGULATION (A. ULMANN) - TECNOLOGIE DELLA RIPRODUZIONE, DIAGNOSI GENETICA E QUALITÀ DELLA VITA (B. BRAMBATI) - QUALE FONDAMENTO PER LA BIOETICA? (E. RIPEPE) - TRAPIANTI ED EQUITÀ NEL RIDISEGNO DELLO STATO SOCIALE (S. SPINSANTI) - SPERIMENTAZIONE CLINICA IN ONCOLOGIA (L. SANTI, R. LIONETTO) - SPERIMENTAZIONE CLINICA NEL PAZIENTE NON COSCIENTE (R. PROIETTI) - SPERIMENTAZIONE CLINICA IN GRAVIDANZA (A.R. GENAZZANI) - ETICA NELLA UTILIZZAZIONE DEI DATI (L. ROSSI BERNARDI) - GRUPPI DI LAVORO - CONCLUSIONI (L. MODICA).

GIAN FRANCO  
FRASSETTO

**Il network sanitario  
La riorganizzazione  
del servizio sanitario:  
aspetti organizzativi  
e gestionali**

CEDAM  
Padova, 1996  
pagg. 212  
L. 34.000

*Le novità introdotte dal D.L.vo n. 502/92 hanno reso necessaria una riconsiderazione del ruolo degli enti regionali e una trasformazione delle strutture sanitarie con il passaggio da una logica burocratica al principio dell'autonomia e della responsabilità. Le due idee sono racchiuse in quella più estesa dell'«azienda regionale a rete», in cui l'Agenzia, quale braccio operativo dell'ente regionale, diviene capogruppo e svolge funzioni di programmazione e coordinamento delle singole aziende, per mezzo di indirizzi e criteri di gestione, attività di valutazione e comparazione dei risultati. La ricerca si rivolge oltre che a studiosi, a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di rinnovamento organizzativo dell'attività delle aziende sanitarie.*

INDICE: INTRODUZIONE - CAPITOLO 1: LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - CAPITOLO 2: LE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE E DI GESTIONE - CAPITOLO 3: IL CONTROLLO.

*La monografia si presenta come utile strumento per gli operatori della sanità e, in particolare del servizio sanitario nazionale. Pur essendo lontana dalla sua realizzazione, l'azienda sanitaria vede poste le sue basi normative, cosa questa piuttosto rilevante, in quanto spingerà gli operatori della sanità a muoversi in una nuova direzione. Sui metodi di gestione burocratica-formale prevarranno quelli basati su: responsabilità, criteri di efficienza e di efficacia, controllo di gestione, risultati, qualità delle prestazioni e grado di soddisfazione dei clienti/utenti, valorizzazione della professionalità. Il libro si rivolge soprattutto ai nuovi managers della sanità: i medici, chiamati a confrontarsi responsabilmente con un'utilizzazione ragionata delle risorse.*

INDICE: PREFAZIONE - 1. PIANO SANITARIO NAZIONALE E PROGRAMMAZIONE SANITARIA - 2. PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE - 3. EVOLUZIONE DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI AZIENDALI - 4. MANAGEMENT E SISTEMI ORGANIZZATIVI SANITARI - 5. AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE: LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE - APPENDICE.

ANTONINO GIANNONE

**Il management  
nelle aziende ospedaliere  
e nelle aziende  
sanitarie locali**

Cacucci Editore  
Bari, 1997  
pagg. 254  
L. 38.000

RAFFAELLA GIORGETTI

**Il servizio sanitario.  
Guida all'evoluzione  
normativa  
e al sistema organizzativo**

MAGGIOLI EDITORE  
Rimini, 1997  
pagg. 225  
L.24.000

*Al confine tra un manuale didattico e un testo di aggiornamento specifico, il volume si presta ad un'utilizzazione pratica per seguire metodologicamente l'evoluzione del sistema sanitario. Una trattazione dettagliata dei temi essenziali di un percorso che parte dalla riforma disegnata dalla legge 833/78 fino al D.L.502/92 e sue successive integrazioni e modifiche, corredata di schede grafiche, un ampio glossario e appendici documentative.*

INDICE: INTRODUZIONE - CAPITOLO I: LA RIFORMA SANITARIA IN BASE ALLA LEGGE 833/78 - CAPITOLO II: IL RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IN BASE AL DECRETO LEGGE 502/92 - CAPITOLO III: L'IPOTESI QUALITÀ DEL SSN - CAPITOLO IV: CONSIDERAZIONI DI RIEPILOGO E PROSSIMI ORIENTAMENTI - CAPITOLO V: GLOSSARIO DEI TERMINI E DEI CONCETTI - APPENDICI.

SANDRO SPINSANTI  
(a cura di)

Management  
per la nuova sanità

EdiSES s.r.l.  
Napoli, 1997  
pagg. 357  
L. 45.000

*Il manuale si riferisce all'attività di formazione per il management, rivolta a tutti gli operatori a vari livelli di governo della sanità pubblica, prevista dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996. Per quanto siano diverse le competenze degli autori coinvolti nella redazione del testo, è possibile cogliere una singolare unitarietà e una visione organica per il comune operare in corsi di formazione alla nuova sanità promossi da società medico-scientifiche.*

INDICE: INTRODUZIONE: IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO: RISCHI E OPPORTUNITÀ (S. SPINSANTI) - SEZ. I: NUOVI ORIZZONTI PER LA SANITÀ ITALIANA - CAP. 1: RIFERIMENTI NORMATIVI PER IL RINNOVAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (F. MARINO) - CAP. 2: L'EVOLUZIONE DEI SISTEMI SANITARI IN ITALIA (A. RUGGERI) - CAP. 3: L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E IL RAPPORTO «PUBBLICO-PRIVATO» (A. CAMBIERI, C. CATANANTI, B. GUGLIETTA) - CAP. 4: IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ: LE RICADUTE SULLE AZIENDE SANITARIE E SUGLI OPERATORI (S. DUBINI, M. GIAMPAOLI) - SEZ. II: L'EFFICIENZA ECONOMICA - CAP. 5: ECONOMIA ED ETICA PER LA GESTIONE MANAGERIALE DELLA SANITÀ (E. VERONESI) - CAP. 6: SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E FONDO REGIONALE: CRITERI DI RIPARTIZIONE (G. VALENTINI) - CAP. 7: BUDGETING NELLE UNITÀ ASSISTENZIALI OSPEDALIERE (F. SPANDONARO) - CAP. 8: IL PAGAMENTO A PRESTAZIONE (F. TARONI, M. NONIS) - CAP. 9: LA CONTABILITÀ ANALITICA (G. GRANDI) - SEZ. III: L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO - CAP. 10: IL «BUON» OSPEDALE: MODELLI DI QUALITÀ IN PROSPETTIVA STORICA (S. SPINSANTI) - CAP. 11: LA RIDEFINIZIONE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO E LE NUOVE COMPETENZE DELLO SPECIALISTA OSPEDALIERO (C. CATANANTI, A. CAMBIERI, M. MARCHETTI, F. BERLOCO) - CAP. 12: ORGANIZZAZIONE SANITARIA E CONTENIMENTO DEI COSTI (F. MONTESANTI) - CAP. 13: L'ANALISI DEI CARICHI DI LAVORO ASSISTENZIALI IN SANITÀ (N. BUZZI, V. LORENZINI, M. SALMOIRAGHI, C. SILEO, F. SPADONARO) - SEZ. IV: QUALITÀ, SODDISFAZIONE ED ETICA - CAP. 14: STAGIONI DELL'ETICA E MODELLI DI QUALITÀ IN MEDICINA (S. SPINSANTI) - CAP. 15: IL DIBATTITO SULLA QUALITÀ IN AMBITO SANITARIO (R. BUCCI, M. LOIUDICE) - CAP. 16: LA QUALITÀ VALUTATA DALL'OPERATORE (G. MICCINESI, E. PACI) - CAP. 17: LA CULTURA DEL «CONSENSO INFORMATO» E I NUOVI RAPPORTI MEDICO-PAZIENTE (A. ZUPPIROLI) - CAP. 18: LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DA PARTE DELL'UTENTE E LA SUA SODDISFAZIONE (M. LOIUDICE).

*La cultura della domiciliarità e dell'integrazione, consolidandosi dagli anni settanta in poi, ha irreversibilmente invalidato le soluzioni istituzionalizzanti, prospettandone la funzione di «intervento limite». Tuttavia la struttura residenziale per anziani a carattere sanitario-assistenziale rimane un servizio presente in molte realtà che va diffondendosi. Il testo vuole fornire i diversi attori coinvolti di elementi di orientamento culturale e operativo. Intende inoltre favorire una concezione della «cura» connessa alla centralità dell'anziano non ridotto come utente o ospite, ma inteso come persona che, indipendentemente dalle condizioni psicofisiche, è ancora e sempre soggetto in divenire.*

INDICE: INTRODUZIONE - 1. VECCHIAIA E ISTITUZIONE - 2. LUOGHI DELLA «CURA» - 3. ETICA E ORGANIZZAZIONE - 4. PERCORSI - 5. NORMALITÀ, CONTESTO, E ISTITUZIONE - 6. PROGETTI - 7. I SOGGETTI DEL LAVORO DI CURA TRA VINCOLI E POSSIBILITÀ - NOTE CONCLUSIVE.

PATRIZIA TACCAGNI,  
SERGIO TRAMMA,  
ANTONIA BARBIERI DOTTI

Gli anziani nelle strutture  
residenziali

La Nuova Italia Scientifica  
Roma, 1997  
pagg. 170, L. 26.000

## SPOGLIO RIVISTE

**Meccanismi di mercato**

EDDY D.M.

*Balancing cost and quality in fee-for-service versus managed care*  
Health Affairs, 16 (3): 162-173, 1997

FRIEDMAN E.

*Managed care, rationing, and quality: a tangled relationship*  
Health Affairs, 16 (3): 174-182, 1997

BROOKS R.G., JONES V.G.

*Hospital mergers and market overlap*  
Health Services Research, 31 (6): 701-722, 1997

EISENBERG B.

*Customer services in Healthcare: a new era*  
Hospital & Health Services Administration, 42 (1): 17-32, 1997

HILL S.C., WOLFE B.L.

*Testing the HMO competitive strategy: an analysis of its impact on medical care resources*  
Journal of Health Economics, 16 (3): 261-286, 1997

IVERSEN T.

*The effect of a private sector on the waiting time in a national health service*  
Journal of Health Economics, 16 (4): 381-396, 1997

MAPELLI V.

*Medicina sociale, medicina liberale: la proposta del «bonus» in sanità*  
L'arco di Giano, gen./apr. (13): 147-157, 1997

SCHLESINGER M.

*Countervailing agency: a strategy of principaled regulation under managed competition*  
The Milbank Quarterly, 75 (1): 35-87, 1997**Sistemi di finanziamento**

BERMAN P.A.

*National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent application*  
Health Economics, 6 (1): 11-30, 1997

GROSS R., NIREL N.

*Does budget-holding have a long-term effect on expenditure, staff and patients?*  
Health Policy, 40 (1): 43-68, 1997

GODSEN T., TORGERSON D.J.

*The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence*  
Health Policy, 40 (2): 103-114, 1997

HURD M.D., MCGARRY K.

*Medical insurance and the use of health care services by the elderly*  
Journal of Health Economics, 16 (2): 129-154, 1997

TOTH B., HARVEY I., PETERS T.

*Did the introduction of general practice fundholding change patterns of emergency admission to hospital?*  
Journal of Health Services Research & Policy, 2 (2): 71-74, 1997

LONGO F., DONZELLI A.

*L'area a pagamento delle Aziende sanitarie pubbliche: opportunità o minaccia per i fini istituzionali del SSN?*  
Prospettive Sociali e Sanitarie, XXVII (7): 1-7, 1997

DIRINDIN N.

*Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*  
Sanità Pubblica XVII (3): 267-282, 1997**Economia del farmaco**

CHIARA G., GIULIANI G., GARATTINI L. (CESAV)

*Analisi degli effetti del prezzo di riferimento in Germania*  
ASI, 5 (9): 31-36, 1997

EARL-SLATER A.

*Regulating the price of the UK's drugs: second thoughts after the government's first report*

BMJ, 314 (1 Febr.): 365-368, 1997

EMILIE G.

*Future european health care: cost containment health care reform and scientific progress in drug research*

Health Planning and Management, 12 (2): 81-102, 1997

LEXCHIN

*After compulsory licensing: coming issues in Canadian pharmaceutical policy and politics*

Health Policy, 40 (1): 69-80, 1997

DRUMMOND M., JÖNSSON B., RUTTEN F.

*The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines*

Health Policy, 40 (3): 199-216, 1997

BAE J.P.

*Drug patent expirations and the speed of generic entry*

Health Services Research, 32 (1): 87-102, 1997

JOHNSON R.E., GOODMAN M.J., HORN BROOK M.C., ELDRIDGE M.B.

*The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and health status of elderly HMO members*

Health Services Research, 32 (1): 103-121, 1997

GUGIATTI A.

*Il consumo dei farmaci nelle patologie minori: un'analisi delle prescrizioni mediche*

Mecosan, V (20): 128-134, 1996

GRABOWSKI H.

*The effect of pharmacoeconomics on company research and development decisions*

PharmacoEconomics, 11 (5): 389-397, 1997

### Valutazione economica delle attività sanitarie

PINTO PRADES J. L.

*Is the person trade-off a valid method for allocating Health Care Resources?*

Health Economics, 6 (1): 71-82, 1997

EVERS S.M.A.A., VAN WIJK A.S., AMENT A.J.H.A.

*Economic evaluation of mental Health Care interventions: a review*

Health Economics, 6 (2): 161-178, 1997

BROUWER W.B.F., KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H.

*Productivity costs measurement through quality of life? A response to the recommendation of the Washington Panel*

Health Economics, 6 (3): 253-260, 1997

ROBINSON R., STEINER A.

*Economic evaluation and the shifting balance towards Primary Care: definition, evidence and methodological issues*

Health Economics, 6 (3): 275-294, 1997

WALLEY T., BARTON S., COOKE J., DRUMMOND M.

*Economic evaluations of drug therapy: attitudes of primary care prescribing advisers in Great Britain*

Health Policy, 41 (1): 61-72, 1997

MASON J., DRUMMOND M.

*Biotechnology: a special case for health technology assessment?*

Health Policy, 41 (1): 73-86, 1997

RITTENHOUSE B.E.

*Healthy Years equivalents versus time trade-off: ambiguity on certainty and uncertainty*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 13 (1): 35-48

PERRY S., THAMER M.

*The status of health technology assessment worldwide: results of an international survey*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 13 (1): 81-98, 1997

AA.VV. (FOR THE EVIDENCE-BASED MEDICIN WORKING GROUP)

*Users' guidelines to the medical literature: XII. How to use articles about health-related quality of life*

Jama, 277 (15): 1232-1237, 1997

AA.VV. (FOR THE EVIDENCE-BASED MEDICIN WORKING GROUP)

*Users' guidelines to the medical literature: XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice: A. Are the results of the study valid?*

Jama, 277 (19): 1552-1557, 1997

AA.VV. (FOR THE EVIDENCE-BASED MEDICIN WORKING GROUP)

*Users' guidelines to the medical literature: XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice: B. Wath are the results and will they help me in caring for my patients?*

Jama, 277 (22): 1802-1806, 1997

GARBER A.M., PHELPS C.E.

*Economic foundations of cost-effectiveness analysis*

Journal of Health Economics, 16 (1): 1-32, 1997

MELTZER D.

*Accounting for future costs in medical cost-effectiveness analysis*

Journal of Health Economics, 16 (1): 33-64, 1997



BLEICHRODT H.

*Health utility indices and equity considerations*  
Journal of Health Economics, 16 (1): 65-92, 1997

BLEICHRODT H., JOHANNESSEN M.

*Standard gamble, time trade-off and ratig scale: experimental results on the ranking properties of QALYs*  
Journal of Health Economics, 16 (2): 155-176, 1997

SCULPHER M., DRUMMOND M., BUXTON M.,

*The iterative use of economic evaluation as part of the process of health technology assessment*  
Journal of Health Services Research & Policy, 2 (1): 26-30, 1997

MASON J.

*The generalisability of pharmacoeconomic studies*  
PharmacoEconomics, 11 (6): 503-514, 1997

#### Analisi dei sistemi sanitari

GROVES T.

*Primary care: opportunities and threats: What the changes mean*  
BMJ, 314 (8 Febr.): 436-438, 1997

PRINGLE M.

*Primary care: opportunities and threats: An opportunity to improve primary care*  
BMJ, 314 (28 Febr.): 595-597, 1997

KENDRICK T., HILTON S.

*Primary care-opportunities and threats: Broader teamwork in primary care*  
BMJ, 314 (1 Mar.): 672-675, 1997

BRADLEY C.P., ROSS TAYLOR J., BLENKINSOPP A.

*Primary care-opportunities and threats: Developing prescribing in primary care*  
BMJ, 314 (8 Mar.): 744-746, 1997

LEWIS J.

*Primary care-opportunities and threats: The changing meaning of the GP contract*  
BMJ, 314 (22 Mar.): 895-898, 1997

MOSSIALOS E.

*Citizens' views on Health Care Systems in the 15 member states of European Union*  
Health Economics, 6 (2): 109-116, 1997

WEIL T.P.

*Merging managed care with the german model*  
Health Planning and Management, 12 (2): 115-130, 1997

KRONEMAN M.W., VAN DER ZEE J.

*Health policy as a fuzzy concept: Methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective*  
Health Policy, 40 (2): 139-156, 1997

LONDOÑO J.L., FRENK J.

*Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*  
Health Policy, 41 (1):1-36, 1997

BUCCOLIERO L.

*La «via danese» al decentramento delle responsabilità di erogazione dei servizi sanitari ed al coordinamento dell'assistenza*  
Mecosan, VI (21): 121-130, 1997

VENDRAMINI E.

*Lo schema di fundholding e la sua implementazione: un'analisi attraverso la sua documentazione ufficiale*  
Mecosan, VI (21): 131-141, 1997

MACKENBACH J.P. AND OTH.

*Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*  
The Lancet, 349 (9066): 1655-1659, 1997

#### Programmazione e organizzazione del lavoro

SANDERSON H.F., MOUNTNEY L.M.

*The development of patient groupings for more effective management of health care*  
European Journal of Public Health, 7 (2): 210-214, 1997

HELLBRÜCK R.P.

*Medical guidelines: a valid and reliable management Tool?*  
Health Planning and Management, 12 (1): 51-62, 1997

PACKWOOD T.

*Analysis changes in the nature of health service management in England*  
Health Policy, 40 (2): 91-102, 1997

NAUERT R.C.

*Managed behavioral health care: a key component of integrated regional delivery systems*  
Journal of Health Care Financing, 23 (3): 49-61, 1997

MECHANIC D.

*Integrating mental health services through reimbursement reform and managed mental health care*  
Journal of Health Services Research & Policy, 2 (2): 86-93, 1997

CAVALLO M.C., DEL VECCHIO M.

*Disease management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche*

Mecosan, V (20): 8-16, 1996

CORRADINI A.

*I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione e innovazione*

Mecosan, V (20): 17-33, 1996

BORTIGNON E.

*La responsabilità dirigenziale del medico ospedaliero*

Sanità Pubblica XVII (1): 9-22, 1997

TORCHIA L.

*La dirigenza del servizio sanitario nazionale*

Sanità Pubblica XVII (3): 257-266, 1997

LAWRENCE D.M., MATTINGLY P.H., LUDDEN J.M.

*Trusting in the future: the distinct advantage of nonprofit HMOs*

The Milbank Quarterly, 75 (1): 5-10, 1997

WELTON W.E., KANTNER T.A., MORIBER KATS S.

*Developing tomorrow's integrated community health systems: a leadership challenge for public health and primary care*

The Milbank Quarterly, 75 (2): 261-288, 1997

### Controllo di gestione e sistemi informativi

GRAY SOUTHON F.C., BRAITHWAITE J., LORENZI N.M.

*Strategic constraints in health informatics: are expectation realistic?*

The International Journal of Health Planning and Management, 12 (1): 3-14, 1997

ANESSI PESSINA E., BATTAGLI G., LABELLA DANZI L.

*Una proposta di piano dei conti per le aziende ospedaliere pubbliche*

Mecosan, V (20): 48-71, 1996

BARNETT P.G.

*Research without billing data: econometric estimation of patient-specific costs*

Medical Care, 35 (6): 553-563, 1997

### Altro

SCRIVENS E.

*Assessing the value of accreditation systems*

European Journal of Public Health, 7 (1): 4-8, 1997

APOLONE G., FELLIN G., TAMPIERI A., BONANONI E., CROSTI P.F., LANZI E., MEREGALLI G., TROCINO G., LIBERATI A.

*Appropriateness of hospital use: report from an Italian study*

European Journal of Public Health, 7 (1): 34-39, 1997

# PROCESS RE-ENGINEERING PER LE AZIENDE SANITARIE: UNA INTRODUZIONE

di Federico Lega, Marialisa Motta

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

Il processo di aziendalizzazione delle USL e degli ospedali avviato dai D.L.vi 502 e 517 e proseguito con la recente introduzione dei tre contratti quadro per il S.s.n. e con le linee guida emanate dal Dipartimento della funzione pubblica (Carta dei servizi, Ufficio relazioni con il pubblico), ha reso improrogabile per le aziende sanitarie l'introduzione di strumenti che consentano di garantire livelli di produttività e qualità superiori al passato pur in presenza di un minore volume di risorse complessivamente disponibili.

Per ottenere livelli superiori di efficienza ed efficacia, oltre agli strumenti di gestione «tradizionali» (*budget*, sistemi di contabilità analitica per centri di costo) adottati nel corso degli ultimi anni da numerose Usl e ospedali, alcune aziende sanitarie stanno oggi introducendo strumenti manageriali più innovativi (*total quality management*, *process re-engineering*, *activity based costing e management*), che focalizzano l'attenzione sul paziente e sui processi e le attività svolte dalle unità operative per soddisfare le sue esigenze.

Obiettivo di questa bibliografia monotematica è quello di approfondire in particolare il tema del *process re-engineering*, uno strumento che utilizza il processo, inteso quale insieme di attività tra loro interconnesse volte al raggiungimento di un obiettivo, come la dimensione di osservazione e gestione rilevante all'interno dell'azienda.

Le principali finalità associabili all'introduzione di sistemi di *process re-engineering* nelle aziende di servizi sanitari sono:

- migliorare «l'esperienza» complessiva del paziente, in termini di qualità del servizio percepita;
- ridurre le maggiori inefficienze di processo, identificando in particolare i problemi di coordinamento tra diversi reparti e tra reparti e servizi;
- ridurre i costi per caso trattato ed aumentare la produttività, in termini di numero di casi trattati con successo.

Di seguito ci si propone di fornire alcuni primi sintetici chiarimenti relativamente al significato del termine *process re-engineering*, di delineare i differenti approcci al tema presenti in letteratura e di individuare le principali fasi di introduzione di tale tecnica nelle aziende di servizi sanitari.

Una delle prime definizioni di *process re-engineering* è stata elaborata da Hammer, con riferimento alle imprese industriali, in un articolo comparso sulla Harvard Business Review nel 1990: in tale contributo, l'autore definisce questa tecnica come il ripensamento sostanziale ed il ridisegno radicale dei processi aziendali al fine di ottenere risultati rilevanti in termini di miglioramenti della qualità e dei servizi all'utente e di incrementi della produttività (riduzione dei costi a fronte di un aumento dei volumi di prestazioni erogate).

Alla pubblicazione dell'articolo di Hammer sono seguiti numerosi articoli e libri sul tema, che hanno generato una certa confusione relativamente al concetto di *process*

*re-engineering* ed ai possibili approcci per la sua introduzione nelle aziende (Racheli e Perrone, 1995).

Una prima chiarificazione del significato di *process re-engineering* impone innanzitutto di considerare la possibilità di utilizzare tale termine anche con riferimento alla ridefinizione di processi che non siano mai stati analizzati e «ripensati».

Racheli e Perrone (1995) suggeriscono che il termine *re-engineering* può essere inteso quale sinonimo di riprogettazione, richiamando l'utilità di fare riferimento a questo concetto anche nel caso in cui le procedure non siano ancora state automatizzate e si ripensino per la prima volta le tradizionali modalità di svolgimento delle attività aziendali al fine di informatizzarle.

Un secondo chiarimento necessario riguarda i principali approcci cui diversi autori hanno fatto riferimento nel tempo per l'introduzione di sistemi di *process re-engineering* nelle aziende industriali e di servizi.

A questo proposito si possono individuare due grandi linee di pensiero, la prima in accordo con Hammer e Champy, secondo la quale il *process re-engineering* è un momento di rottura radicale negli schemi di funzionamento dell'organizzazione che non richiede la conoscenza di quelli attualmente esistenti (approccio radicale), la seconda in accordo con Raymond, Manganelli e Klein, secondo cui l'analisi preliminare è comunque la base da cui partire per ridisegnare *ex-novo* i processi, tenuto conto degli aspetti soggettivi intrinseci ad ogni organizzazione (approccio *contingency*). A parere di chi scrive, un approccio radicale in senso stretto è sconsigliabile per l'introduzione di sistemi di *process re-engineering* nelle aziende sanitarie, dove i processi produttivi, frutto dell'esperienza e dell'autonomia dei professionisti medici, possono essere efficacemente riprogettati soltanto partendo da una analisi delle attuali modalità di svolgimento delle attività e adottando pertanto un approccio *contingency*.

L'applicazione di sistemi di *process re-engineering* può riguardare sia i processi primari (diagnostici e terapeutici), sia i processi di supporto (amministrativi e logistici). Se da un lato è opinione diffusa che la ridefinizione dei processi primari introduca cambiamenti radicali sulle logiche di funzionamento dell'organizzazione, dato che coinvolge in modo rilevante i professionisti medici, d'altro canto alcune esperienze internazionali (cfr. Snyder e Lathrop, 1995) hanno evidenziato che nelle fasi iniziali di introduzione di progetti di *process re-engineering* nelle aziende sanitarie i cambiamenti più immediati sono indotti dalla ridefinizione delle modalità di svolgimento delle funzioni di supporto (accesso, dimissione, ristorazione etc.). Le prime esperienze condotte nelle aziende sanitarie italiane dimostrano peraltro che soltanto una riprogettazione contestuale ed integrata delle diverse funzioni (di supporto e diagnostico-terapeutiche) può effettivamente consentire lo sviluppo e la diffusione in azienda di una visione trasversale e processuale delle attività complessivamente svolte dalle singole unità operative, favorendo il recupero della centralità del paziente e il perseguimento di superiori livelli di efficienza e di efficacia.

Le principali fasi per l'introduzione di un sistema *process re-engineering* nelle aziende di servizi sanitari sono:

1) la costituzione di uno o più gruppi di lavoro, che seguano le fasi di avviamento e sviluppo della nuova tecnica;

2) l'individuazione dei bisogni dell'utenza, al fine di definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con il progetto;

3) la classificazione dei processi primari e di supporto e la individuazione delle singole attività erogate al paziente nelle principali fasi del percorso di ricovero: pre-ammissione, accesso, diagnosi, preparazione al trattamento, trattamento, riabilitazione, dimissione, *follow-up* (*check-up*, rimozione di punti di sutura etc.);

4) la qualificazione di ciascuna attività come:

- a valore aggiunto per l'utente (*customer value added*);
  - a valore aggiunto per l'azienda (*business value added*);
  - priva di valore aggiunto (*no value added*);
  - 5) la riprogettazione del processo, che avviene tipicamente:
    - migliorando le modalità di svolgimento delle singole attività;
    - eliminando le interfacce per il passaggio delle informazioni e i *loop* nell'assunzione delle decisioni;
    - eliminando i colli di bottiglia e sviluppando i processi in parallelo anziché in sequenza;
  - 6) la ricerca di tecniche che consentano di minimizzare i rischi legati alla introduzione di sistemi di *process re-engineering* (es. *Failure Mode and Effect Analysis* per diagnosticare le problematiche che possono sorgere nel corso della sperimentazione del nuovo processo, l'*error proof design*, il *robust design* e il *redundant design* per minimizzare l'impatto e la probabilità dei problemi che si prevede si possano verificare).
- Sulla base delle indicazioni emerse dalla riprogettazione organizzativa per processi dovrebbero infine essere ridefiniti:
- (i) i sistemi informativi, in modo da costituire un database che rappresenti tutte le attività che compongono i processi e le interrelazioni esistenti tra questi;
  - (ii) i sistemi di programmazione e controllo, che dovrebbero essere articolati coerentemente al nuovo assetto organizzativo (negoziato del *budget* tra *function owners* e *process owners* e rilevazione dei costi per attività e/o per processo);
  - (iii) i sistemi di sviluppo del personale, con particolare riguardo ai meccanismi di valutazione e di compenso delle risorse umane;
  - (iv) l'assetto logistico, in termini di spazi, percorsi dei pazienti, del personale e dei materiali.

#### Riferimenti bibliografici sul tema del *process re-engineering* nelle imprese

CHAMPY J.

*Reengineering Management*

Nicholas Brearley, London, 1995

CHANG R. Y.

*Improve processes, reengineer them, or both?*

Training and Development, vol. 48, n. 3, March 1994, pagg. 54-58

CLEMMER J.

*Process re-engineering and process improvement, not an either/or choice*

CIMA Magazine, pagg. 36-39, June 1994

COULSON-THOMAS C.

*Business Process Re-engineering: Myth and Reality*

Kogan Page, London, 1994

DAVENPORT T.H., SHORT J.E., ET AL.

*Process Innovation: Re-engineering Work through Information Technology*

Harvard Business School Press, Boston, MA, 1993

EARL M.

*The new and the old of business process redesign*

Journal of Strategic Information System, vol. 3, n. 4, 1994, pagg. 313-326

FITZGERALD B., MURPHY C.

*The practical application of a methodology for business process re-engineering*

Coulson-Thomas C. (ed), *Business Process Re-engineering: Myth and Reality*, Kogan Page, London, 1994, pagg. 166-173

GHOSHAL S, BARTLETT C.

*Changing the role of top management: beyond structure to process*

Harvard Business Review, 1995, pagg. 86-96

GUHA S., KETTINGER W.J., TENG J.T.C.

*Business Process reengineering: building a comprehensive methodology*

Information Systems Management, vol. 10 n. 3, Summer 1993, pagg. 13-22

HALL G., ROSENTHAL J., WADE J.

*How to make Re-engineering really work*

Harvard Business Review, novembre-dicembre 1993

- HAMMER M.  
*Reengineering work: don't automate, obliterate!*  
Harvard Business Review, July-August 1990, pagg. 104-112
- HAMMER M., CHAMPY J.  
*Reengineering the Corporation: A manifesto for Business Revolution*  
Harvard Business Review, New York, NY, 1993
- HARRINGTON H.J.  
*Continuous versus breakthrough improvement: finding the right answer*  
Business Process Re-engineering & Management Journal, vol. 1, n. 3, 1995
- JOHANSSON H., MCHUGH P., PENDLEBURY J., WHEELER W.  
*Business Process Reengineering*  
John Wiley & Sons, 1993 Chichester (trad. it. BPR - Riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, Milano, 1994)
- MANGANELLI R.L., KLEIN M.  
*The Re-engineerign Handbook*  
Amacom, New York, NY, 1994
- MANGANELLI R.L., KLEIN M.  
*Your reengineering toolkit*  
Management Review, vol. 83, n. 8, August 1994, pagg. 22-29
- MANZOLINI L., SODA G., SOLARI  
*L'organizzazione snella*  
Etas Libri, Milano, 1994
- MCADAM R.  
*An integrated business imporvement methodology to refocus business improivement efforts*  
Journal of Business Process Reengineering and Management, vol. 2, n. 1, 1996, pagg. 63-77
- MERLI G., BIROLI M.  
*Organizzazione e gestione per processi*  
ISEDÌ, 1996
- MORGAN, G.  
*Images of Organization*  
Sage, London, 1986
- OBLENSKY N.  
*Practical Business Re-engineering - Tools and Techniques for Achieving Change*  
Kogan Page, London, 1995
- RACHELI U., PERRONE V.  
*Reingenerizzazione dei processi aziendali: metodi, linguaggi e modelli*  
Economia & Management, n. 1/1995
- RAYMOND L., MANGANELLI M., KLEIN M.  
*The Reengineering Hand-book*  
American Management Association, 1994
- SIRKIN H., STALK G.  
*Fix the Process, not the Problem*  
Harvard Business Review, luglio-agosto, 1990
- STOW R.  
*Reengineering by objectives*  
Planning Review, May/June 1993, pagg. 14-16
- TALWAR R.  
*Business re-engineering - a strategy driven approach*  
Long Range Planning, vol. 26, n. 6, December 1993, pagg. 22-40
- TINNILA M.  
*Strategic Perspective to business process redesign*  
Business Process Re-engineering and Management Journal, vol. 1, n. 1, 1995, pagg. 44-59
- VITIELLO J.  
*Reengineering: it's totally radical*  
Journal of Business Strategy, vol. 14, n. 6, November/december 1993, pagg. 44-47
- WOMACK J.P., JONES D.T.  
*EtTutta l'impresa diventa snella*  
Harvard Business Review, edizione italiana, novembre-dicembre 1994
- ZAIRI M., SINCLAIR D.  
*Business Process Re-engineering and Process Management, a Survey on current practice and future trends in integrated management*  
Business Process Re-engineering and Management Journal, vol. 1, n. 1, 1995, pagg. 8-30
- Riferimenti bibliografici sul tema del process re-engineering nelle aziende sanitarie**
- BARD M.R.  
*Reinventing Health Care Delivery*  
Hospital Health Networks, vol. 38, n. 3, 1994, pagg. 397-402
- BERGMAN R.  
*Re-engineering Health Care. A new management tool aims to transform the organizational processes*  
Hospital & Healthcare Networks, vol. 68, n. 3, 5 February 1994, pagg. 28-36
- BERTIER A., POLLI R.  
*Aumentare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario italiano*  
McKinsey & Company Inc., 1996

- BIGELOW B., ARNDT M.  
*Total quality management, fields of dreams?*  
Health Care Management Review, 1995
- BOSTON C.  
*Hospitals increase satisfaction and reduce costs by redesigning around patients*  
Health Care Strategic Management, June 1994, vol. n. 12, pag 18
- BOSTON C., VESTAL K.  
*Work transformation (why the new health care imperative must focus on both people and processes)*  
Hospital and Health Networks, 5 April 1994, pagg. 50-54
- CARMICHAEL BD.  
*Business Process reengineering: a remedy for health care*  
Health Care Management Forum, Winter 1994, pagg. 44-50
- COAN T.  
*Reengineering the Organization: an approach for discontinuous change*  
Quality Management in Health Care, Spring 1994, pagg. 15-26
- DUFFLY R.L.  
*Long-term change requires reengineering of hospital processes*  
Health Management Quarterly, 1994 3<sup>rd</sup> Quarter, n. 16, pagg. 18-20
- FRANCIS S.D., ALLEY P.G.  
*A «patient focus review» of surgical services: business process re-engineering in health care*  
Business Process Re-engineering & Management Journal, pagg. 48-63, 1996
- FRAZIER J., PFERD J. W.  
*How Hermann Hospital is saving resources through enterprise wide re-engineering*  
Journal of Healthcare Resource Management, pagg. 23-26, July/August 1996
- GRABOWSKI D.  
*Reengineering, rethinking, redesign: the three «R's» for Oregon Health plan's success at Bay Area Hospital*  
Naham Management Journal, vol. 21, 1995, pag. 24
- GRIFFIT J.R.  
*Reengineering health care: management systems for survivors*  
Hospital and Health Services Administration, Winter 1994, n. 39, pagg. 451-470
- GRIFFIT J.R., SAHNEY V.K., MOHR R.A.  
*Reengineering health care: building on CQI*  
Health Administration Press, 1995
- HEQUET M.  
*The people squeeze in Health Care Training*, vol. 31, n. 17, July 1994, pagg. 35-39
- KOHN D.  
*The role of business process re-engineering in health care*  
Topics in Health Information Management, n. 14, 1994, pagg. 1-6
- JACOBS P., HALL E.M., NOSEWORTHY T.W.  
*Management Control Systems for Hospital Clinical Services*  
CMA Magazine, February 1994
- LOMBARDI D.N.  
*The health care manager's guide to managing change in challenging times*  
Clinical Laboratory Management review, vol. n. 10, 1993, pagg. 18-24
- LUMSDON K., MEAN STREETS  
*Five lessons form the front lines of reengineering*  
Hospital and Health Networks, October 1995
- LUMSDON K.  
*Reengineering. Piecing the puzzle together*  
Hospital and Health Networks, 5 December 1995, pag. 52
- MEYER J.W., FEINGOLD M.G.  
*Integrating financial modelling and patient care re-engineering*  
Healthcare Financial Management, February 1995, pagg. 33-40
- PAWOLA L.M., WORK M.R., KLINEMAN K.  
*Reengineering healthcare*  
Journal of Healthcare Resource Management, June 1996, vol. n. 14, pagg. 15-17
- SCHWEIKHART SB.  
*Reengineerign the work of caregivers: role definition, team structures and organizational redesign*  
Hospital and Health Services Administration, Spring 1996, pagg. 19-36
- SHARMAN P.  
*Activity/Process budgets: a tool for change management*  
CMA Magazine, March 1996, pagg. 21-23
- SHARP J.R.  
*The new production theory for health care trough clinical reengineering: a study of clinical guidelines*  
Physician-Executive, December 1994, n. 20, pagg. 30-34
- SHERER J.L.  
*Managing chaos*  
Hospital and Health Networks, 20 February 1995

SLADE D., FOLEY M.M., COHEN S.

*Reengineering along departmental product flowlines*  
Topics in Health Information Management, February 1994, n. 14,  
pagg. 37-42

SNYDER G.H., LATHROP J.P.

*Cost reduction using patient-focused care concepts*  
Managed Care Quarterly, pagg. 43-51, n. 3, 1995

SPEER T.L.

*Reengineering. With an eye to the future*  
Hospital and Health Networks, January 1996

TARTE J.P., BOGIAGES C.C.

*Patient-centered care delivery and the role of information systems*  
Computers in Healthcare, February 1992, 13 (2), pagg. 44-46

WEBER D.O.

*Case Study. Aggressive physician-led clinical reengineering helps  
university of California-San Francisco medical Center stay  
competitive*  
Strategies for Healthcare Excellence, May 1996, vol. n. 9, pagg.  
1-10

ZIMMERMAN D.H.

*Reengineering health care: a vision for the future*  
Eagle Press, 1994



# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Marco Meneguzzo*

## **ESPERIENZE INNOVATIVE NELL'AMBITO DEL COORDINAMENTO DELLE PROCEDURE DI ACQUISTO NEI SISTEMI SANITARI: ANALISI DI CASI INTERNAZIONALI**

**di Gianluca Marra**

Nell'economia dell'impresa gli approvvigionamenti hanno assunto un ruolo sempre più cruciale, in seguito alla maggiore complessità e turbolenza dell'ambiente esterno e del mercato dei fornitori ed in seguito all'importanza che le imprese fornitrici assumono per il conseguimento del vantaggio competitivo per il settore privato e, soprattutto per il settore pubblico (e sanitario in particolare), il quale utilizza un enorme volume di risorse per acquistare beni e servizi. Gli studi condotti all'interno delle grandi imprese a struttura decentrata (imprese multidivisionali e gruppi di imprese) hanno consentito di individuare tre modelli di base di gestione della funzione acquisti: completo accentramento, completo decentramento e modello misto. L'analisi di alcuni importanti gruppi multiospedalieri europei ha messo in evidenza che questi ultimi adottano meccanismi di coordinamento delle politiche di acquisto tra gli ospedali del gruppo molto vicini ai modelli di base menzionati. Molto diffuso è il modello misto, in quanto consente da un lato di usufruire dei vantaggi relativi all'accentramento (maggior potere contrattuale nei confronti dei fornitori; economie di scala esterne; maggior grado di specializzazione merceologica del personale addetto), dall'altro di sviluppare ed implementare, attraverso il decentramento funzionato, strategie di approvvigionamento coerenti con le condizioni dei singoli mercati di fornitura.

I gruppi analizzati sono quattro: la Tilak Ges.m.b.H nella regione del Tirolo, l'Ente Ospedaliero Cantonale nel Canton Ticino, la Copenhagen Hospital Corporation e gli ospedali della «County of Copenhagen». L'adozione da parte di questi gruppi ospedalieri di efficaci politiche di coordinamento degli acquisti ha consentito notevoli risparmi e ha eliminato le principali distorsioni nei mercati delle forniture pubbliche: prezzi di acquisto più alti rispetto a quelli per il settore privato, scarsa qualità e rigidità delle procedure di spesa. Nel nostro paese le ragioni fondamentali di tali inefficienze sono essenzialmente tre:

- 1) struttura del mercato delle pubbliche forniture, caratterizzato da scarsa trasparenza ed asimmetrie informative (presenza dei fenomeni della selezione avversa ed azzardo morale);
- 2) rigidità delle procedure che favoriscono i rapporti collusivi;
- 3) scarsi incentivi dei responsabili degli approvvigionamenti a considerare tale funzione «variabile strategica».

Appare chiaro che agendo sui tre fattori individuati è possibile recuperare efficienza, anche se le soluzioni non sono semplici o si presentano come alternative. In conclusione, è possibile, individuare tre «fattori critici di successo»:

- 1) maggiore informazione, attraverso la creazione di banche dati;
- 2) minori vincoli procedurali e programmazione degli acquisti;
- 3) maggiori livelli di responsabilizzazione-incentivazione.

Qui analizziamo le soluzioni adottate dai quattro gruppi ospedalieri sopra menzionati.

La Tilak Ges.m.b.H. è un'impresa pubblica, composta da quattro ospedali regionali (LKH Innsbruck, LKH Natters LKH Hochzirl e l'ospedale psichiatrico di Hall) e da un centro di formazione professionale (AZW), di proprietà della Regione del Tirolo, la cui forma giuridica è quella della società a responsabilità limitata. È considerata la più grande azienda dell'ovest dell'Austria con 5000 dipendenti e con un *budget* di circa quattro miliardi di scellini (608 miliardi di lire). Organo di gestione è il Vorstand, composto da due Direttori (uno responsabile della finanza, edilizia e tecnica e l'altro del personale e medicina) nominati dal Governo del Tirolo con un contratto di diritto privato di durata quinquennale. Per il coordinamento delle politiche di acquisto è stato adottato un modello misto, per cui le decisioni a rilevanza strategica, investimenti edili ed allestimento di nuovi reparti, vengono prese a livello centrale (Vorstand, CDA), mentre le decisioni di acquisto relative a beni o servizi «non strategici» sono lasciate all'autonomia di ciascun ospedale. Tuttavia, l'autonomia concessa alle unità decentrate presuppone la necessità di utilizzare alcuni meccanismi di coordinamento tra i diversi uffici acquisti, al fine di conseguire ulteriori risparmi responsabile. I principali meccanismi utilizzati sono: lo scambio e la condivisione di informazioni, il *budget*, le gare comuni ed i contratti mantello, accordi che l'ufficio-acquisti dell'ospedale di Innsbruck stipula con alcuni fornitori, obbligati a fornire determinati beni e servizi alle restanti U.O. del gruppo. La Tilak ha adottato il modello del completo accentramento per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (inclusi reagenti e diagnostici) gestito dalla farmacia centrale dell'ospedale di Innsbruck, la quale provvede anche alla distribuzione dei prodotti.

Molto simile alla Tilak è l'Ente Ospedaliero Cantonale nel Canton Ticino, costituito da quattro Ospedali Regionali e tre di Zona e con sede principale a Bellinzona. Organi massimi di gestione ed amministrazione sono: il Consiglio di Amministrazione, di sette membri nominati ogni 4 anni dal Gran consiglio del Canton Ticino (l'organo legislativo) e di un Direttore nominato dal CDA mediante contratto privato. Anche qui le decisioni a rilevanza strategica vengono prese centralmente, mentre gli acquisti al di sotto di una determinata soglia di spesa sono di competenza del singolo ospedale. I meccanismi di coordinamento, simili a quelli della Tilak sono: istituzione di un «gruppo acquisti interspedaliero», ricorso ad acquisti effettuati attraverso società private che agiscono come «consorzi» di acquisto di materiale sanitario, «coordinamento dei laboratori».

Al contrario dei due gruppi precedenti la Copenaghen Ospital Corporation (costituita da sei ospedali regionali ed un ospedale universitario statale situati nell'area urbana della città) ha istituito un'unità centrale di acquisto, con il compito di coordinare, limitatamente alla fase di contrattazione, gli acquisti delle unità decentrate, con la definizione di «contratti mantello» che stabiliscono le specifiche qualitative dei prodotti, l'esatto volume degli ordini e le condizioni economiche. Non è prevista attività di gestione centralizzata del flusso fisico dei prodotti.

Invece nella «County of Copenaghen», che gestisce quattro ospedali nell'area suburbana della città, l'unità centrale di acquisto si occupa anche della gestione dell'intero flusso fisico dei beni oggetto di acquisto attraverso un magazzino centrale e un efficiente sistema di trasporto.

Concludendo, si individuano quattro fasi principali del processo di approvvigionamento su cui è possibile intervenire:

- 1) analisi di mercato (prezzi e potenziali fornitori);
- 2) programmazione degli acquisti;
- 3) procedura di gara pubblica;
- 4) acquisizione e distribuzione dei prodotti e servizi.

Riguardo alla prima fase, Tilak e dall'HS (Copenhagen Hospital Corporation hanno predisposto un'efficientissima rete informatica per lo scambio e la condivisione delle informazioni relative al mercato della fornitura. Per la fase della programmazione degli acquisti, l'HS si occupa della codifica ed archiviazione dei prodotti oggetto di acquisto centralizzato, ma definisce anche, attraverso la stipulazione di contratti mantello, l'esatto ammontare di beni che ciascuna unità può acquistare nel periodo di riferimento del contratto. Per l'acquisizione e la distribuzione centralizzata dei prodotti si distinguono «County of Copenhagen» e Tilak, che ha centralizzato la farmacia presso l'ospedale di Innsbruck, provvedendo alla creazione di centri di raccolta e distribuzione delle merci.

Un'efficace ed efficiente politica di coordinamento deve essere condotta con gradualità, intervenendo innanzitutto sul livello delle informazioni e successivamente sull'attività di programmazione degli acquisti, fino ad una gestione centralizzata dell'intero flusso fisico dei prodotti (trasporto, logistica, spedizione).

In realtà piuttosto consolidate e costituite da soggetti istituzionali simili tra loro («County of Copenhagen» e Tilak) il coordinamento può anche essere spinto a livello di gestione centralizzata delle procedure di acquisizione e distribuzione dei prodotti. Invece in realtà caratterizzate da soggetti istituzionali diversi tra loro (HS e EOC) è opportuno limitare il coordinamento allo scambio di informazioni, alla programmazione degli acquisti ed alle procedure di gara.

Riguardo alla situazione del nostro paese, è evidente che in un sistema di offerta di prestazioni sanitarie con un elevato numero di soggetti fornitori di servizi, sia pubblici che privati è necessario, tra realtà diverse tra loro, agire innanzitutto sul flusso delle informazioni e successivamente sul flusso fisico dei prodotti. La predisposizione di banche dati per il monitoraggio del mercato della fornitura rappresenta senz'altro un valido strumento per garantire le economie d'informazione.

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Marco Meneguzzo*

## **PROCESSI DI CAMBIAMENTO STRATEGICO ED ORGANIZZATIVO NEGLI I.R.C.C.S.: IL SAN MATTEO DI PAVIA**

**di Giovanna Villani**

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono ospedali di alta specializzazione che si occupano sia di assistenza sia, soprattutto, di ricerca scientifica.

Il fatto di essere prima di tutto enti di ricerca conferisce agli IRCCS la caratteristica di essere sempre in evoluzione, soggetti ad un continuo processo di cambiamento. Allo stesso tempo gli Istituti sono essi stessi fonte di cambiamento per il SSN perché ad esso trasferiscono le proprie conoscenze costringendolo ad adeguarsi.

Scopo di questo lavoro è analizzare tale processo evolutivo alla luce dei provvedimenti di riforma del Servizio sanitario emanati dal 1991 ad oggi.

Poiché crediamo che l'analisi del processo di cambiamento strategico ed organizzativo non possa prescindere da una conoscenza approfondita delle istituzioni che si intendono prendere in considerazione, la tesi risulta divisa in due parti.

La prima parte descrive la struttura organizzativa degli Istituti, la loro metodologia di finanziamento ed i problemi connessi alla carenza di chiare e precise disposizioni legislative.

La seconda parte è invece incentrata sullo studio dell'introduzione di logiche reticolari in ambito sanitario, con particolare riguardo al Polo Sanitario Pavese, e sul processo di cambiamento vero e proprio in atto negli IRCCS pubblici.

Il Polo Sanitario Pavese è costituito da tre IRCCS afferenti ad aree complementari e caratterizzati da diversa natura giuridica (due di natura giuridica privata: Istituto Mondino e Fondazione Clinica del Lavoro ed uno di natura pubblica: Policlinico San Matteo).

La valutazione che emerge dopo un'attenta osservazione è che, nel complesso, la rete pavese risulta essere un sistema particolarmente efficiente, in grado di sfruttare le sinergie esistenti e potenziali.

Coordinazione e collaborazione sono le due parole chiave per questo sistema locale che trova il proprio punto di forza nel pacchetto di prestazioni a disposizione del paziente. Elevata qualità e integrazione totale sono, poi, le peculiarità delle prestazioni stesse che vanno dal primo soccorso alle terapie riabilitative.

L'esperienza della città di Pavia ed, in particolare, l'analisi del Policlinico San Matteo, rapportate al più ampio contesto regionale, consentono anche di mettere in luce le problematiche e i limiti relativi all'attivazione del nuovo sistema di pagamento prospettico in Lombardia.

Infine, per ciò che concerne il processo di mutamento in atto, è possibile affermare che, le principali difficoltà incontrate derivano, come si è già detto, dall'inadeguatezza delle norme relative al funzionamento degli Istituti.

Dall'analisi condotta risulta, infatti, che gli IRCCS avrebbero a propria disposizione numerose leve per dare impulso al cambiamento (nuove formule contrattuali, sistemi incentivanti, nuovi strumenti di *management* come il *benchmarking*) ma che la loro attivazione risulta difficile.

I vertici degli IRCCS lamentano l'esistenza di troppi organi gestionali, la mancanza di sufficiente autonomia operativa e l'inadeguatezza dei fondi destinati alla ricerca.

Occorrono, quindi, soltanto poche regole chiare per consentire agli IRCCS di funzionare al meglio. L'adozione di nuovi regolamenti è, tuttavia, argomento di discussione già da diversi anni e, benché gli operatori dei vari Istituti siano disposti a collaborare con il legislatore, la stesura di un provvedimento definitivo appare ancora lontana.