

Esperienze innovative

Sezione 3^a

SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI PER UNA DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: TEORIA E PRASSI NELLA ASL DI BERGAMO

Roberto Alfieri¹, Marco Esposito¹, Tommaso Tritapepe²

¹ ASL della provincia di Bergamo (Sistema Informativo)

² Consulente applicativi groupware

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Requisiti e componenti di un sistema informativo integrato - 3. L'esperienza dell'ASL di Bergamo nella costruzione di un S.I. integrato a supporto della direzione generale - 4. Problemi, apprendimento, cambiamento: il S.I. integrato per un'attività di ricerca-azione - 5. Conclusione.

1. Introduzione

L'esperienza condotta nell'ASL di Bergamo, dall'inizio del 1995, può essere d'aiuto a chi voglia sviluppare un sistema informativo integrato a supporto della direzione strategica delle aziende sanitarie e riconosca, per essa, un eminente ruolo di governo e indirizzo. Il futuro sviluppo e l'importanza che assumeranno Sistemi informativi (S.I.) di questo tipo sono fortemente legati all'evoluzione di un quadro di riferimento teorico per la direzione dei servizi socio-sanitari.

Scopo di queste pagine è di precisare il significato dei S.I. integrati, intesi come l'insieme di informazioni e conoscenze per guidare, all'interno e all'esterno dell'organizzazione, il flusso delle comunicazioni, delle idee, delle rappresentazioni dei problemi, delle visioni e convertirle in decisioni politiche, gestionali ed operative condivise. Essi presuppongono l'esistenza di una missione, di modelli teorici di riferimento sul corretto funzionamento del sistema sanitario e di un'adatta organizzazione, coerente con le risorse umane, la cultura e le strategie aziendali. Essi comportano anche l'esplicitazione delle finalità e degli obiettivi da raggiungere, attraverso dei processi

codificati, che includano la pianificazione strategica triennale e la programmazione annuale, conformi ai fini istituzionali e ai contratti vigenti.

Di fronte alla continua evoluzione delle conoscenze in ambito scientifico e tecnologico, sistemi informativi di questo tipo si propongono, soprattutto, la funzione di «knowledge management», affinché la conoscenza, attinta dai vari saperi, venga categorizzata, reperita, resa disponibile e utilizzata nel modo più facile ed appropriato. Risulta, così, agevole interpretare i dati e le informazioni acquisite localmente alla luce di ciò che ci si attenderebbe, in base alla conoscenza organizzata nel S.I. integrato, e derivare, da queste interpretazioni, nuova conoscenza, in un circolo virtuoso dalle grandi potenzialità. Si sostanzia, in questo modo, l'ideale dell'organizzazione che apprende, tramite il continuo confronto tra i risultati dei propri interventi e ciò che ci si potrebbe attendere. Inoltre, i problemi che si presentano all'attenzione dei vari dirigenti possono essere facilmente incrociati con gli obiettivi e le strategie della direzione generale e delle diverse articolazioni organizzative, per orientare l'azione di ogni singolo professionista secondo scenari di

senso, il più possibile condivisi in ambito aziendale.

2. Requisiti e componenti di un sistema informativo integrato

Partendo dalla definizione che abbiamo proposto di sistema informativo integrato per le direzioni strategiche delle aziende sanitarie, ci potremmo chiedere quali siano le informazioni e conoscenze che servono a guidare, all'interno e all'esterno dell'organizzazione, il flusso delle comunicazioni, delle idee, delle rappresentazioni dei problemi, delle visioni e convertirle in decisioni politiche, gestionali ed operative condivise.

Per rispondere a questa domanda ci sembra utile partire dalla modellazione delle tappe e dei percorsi necessari a decidere e ad agire. Di fronte a qualsiasi problema, si possono identificare 4 tappe fondamentali: una prima consiste nell'analisi del problema, una seconda tappa nella definizione degli obiettivi, una terza nella scelta degli interventi e una quarta nella valutazione dei cambiamenti ottenuti. I percorsi sono chiaramente ricorsivi, dal momento che il problema viene esaminato a seconda degli obiettivi che ci si propongono; a loro volta, spesso, gli

obbiettivi vengono definiti in base agli interventi che si giudicano efficaci, appropriati e fattibili; questi ultimi, poi, sono continuamente riconsiderati, insieme al problema stesso e agli obiettivi definiti, anche sulla base dei cambiamenti che si riescono effettivamente a conseguire (figura 1).

Se queste sono le tappe e i percorsi seguiti, di solito, per decidere ed agire, un S.I. integrato dovrebbe rendere disponibile e categorizzare le informazioni e le conoscenze di tipo fattuale sui problemi (informazioni statistiche ed epidemiologiche per una ricognizione e precisazione delle caratteristiche qualitative e quantitative dei problemi specifici, oggetto di attenzione) e di tipo procedurale (informazioni e conoscenze sul come si possa approcciare un problema, modellandolo e analizzando le sue cause e le sue conseguenze; su come si possano definire gli obiettivi e sia possibile intervenire ottenendo certi risultati desiderati). Nella figura 2 è rappresentato un tipico flusso di dati e informazioni, per la gestione di una problematica, a partire dalla segnalazione fino alla definizione condivisa di una procedura standardizzata o di un'ipotesi progettuale. Il percorso di gestione del problema, fin dalla sua segnalazione, viene facilitato mediante il supporto metodologico delle informazioni e conoscenze di tipo fattuale e procedurale, cui abbiamo prima accennato: dati statistici ed epidemiologici; modellazione del problema; definizione degli obiettivi, definizione interventi. In testa a tutto, compaiono, nella figura, le informazioni sulle strategie e sulle politiche aziendali (includenti la *mission* aziendale, il piano triennale e i programmi annuali) che contribuiscono a valutare il grado di fattibilità di qualsiasi intervento, la sua coerenza con quanto è già stato previsto e le sinergie che possono essere attivate tra le diverse linee di azione preventivate.

Per la definizione e lo sviluppo di un sistema informativo integrato ci sembra anche necessario chiarire concettualmente 2 componenti essenziali del sistema sanitario.

La prima si riferisce alla tipologia del contenuto dei dati, delle informazioni e della conoscenza pertinenti e rilevanti. Utile, a questo proposito, è il riferimento agli elementi del modello

Figura 1

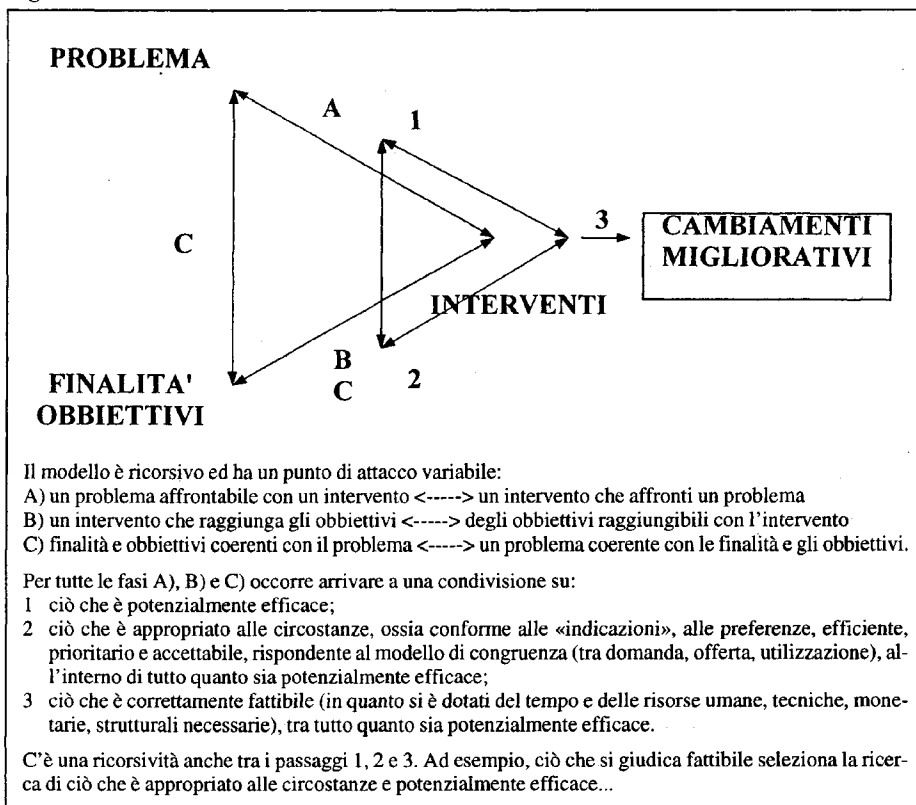
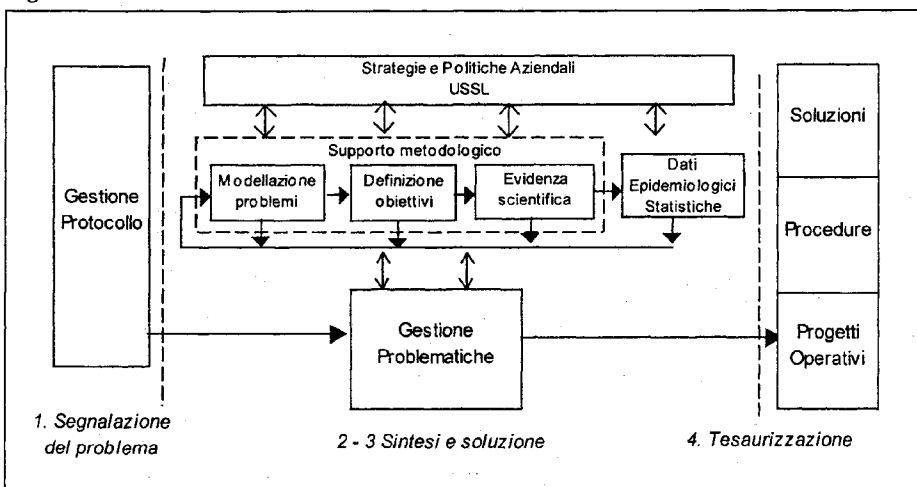


Figura 2



di Wolfson (1994), che evidenzia come la salute sia condizionata, oltre che dai servizi sanitari, da fattori genetici, da abitudini personali, stili di vita, dall'ambiente fisico-chimico, biologico, socio-culturale ed economico-politico (figura 3). Il modello non definisce solo la gamma dei contenuti possibili delle informazioni e conoscenze che vengono scambiate tra gli attori di un sistema, ma definisce anche il grado più o meno marcato di parzialità delle informazioni e conoscenze che vengono effettivamente scambiate o condivise, rispetto a un determinato problema. Infatti, i problemi andrebbero esaminati secondo una prospettiva sistemica, che il modello di Wolfson ci aiuta a presidiare.

Un'ulteriore componente, che va concettualizzata ai fini della corretta impostazione di un sistema informativo integrato, è la tipologia degli attori del sistema sanitario, con ruolo di sorgenti e di destinatari possibili di dati, informazioni, conoscenza. Il suggerimento, a questo proposito, è di far riferimento al modello di Frenk (1995). In esso, accanto ai fornitori di servizi sanitari, compaiono, con funzioni cruciali, lo Stato, le Regioni e gli enti locali (con le loro leggi, i regolamenti, le azioni di indirizzo), le agenzie formative (scuole, università...) le aziende che forniscono prodotti, tecnologie e servizi alla sanità e, soprattutto, le famiglie e i membri della popolazione, che interagiscono con i servizi sanitari, sia esprimendo i loro bisogni, sia collaborando nella gestione dei singoli casi o degli interventi comunitari (figura 4). Analogamente al modello di Wolfson, anche il modello di Frenk non definisce solo la gamma degli attori possibili (tra l'altro ne identifica solo le classi principali, per cui è, poi, necessario precisarli meglio nei casi specifici), ma ci aiuta a comprendere il grado di coinvolgimento degli attori potenziali per ciascuna delle linee d'a-

zione che vogliamo proporre, rendendoci consapevoli di ogni eventuale parzialità nei processi di partecipazione.

Avendo chiarito le usuali modalità per decidere ed agire, i contenuti, le sorgenti e i destinatari potenziali di dati, informazioni e conoscenza, si

Figura 3

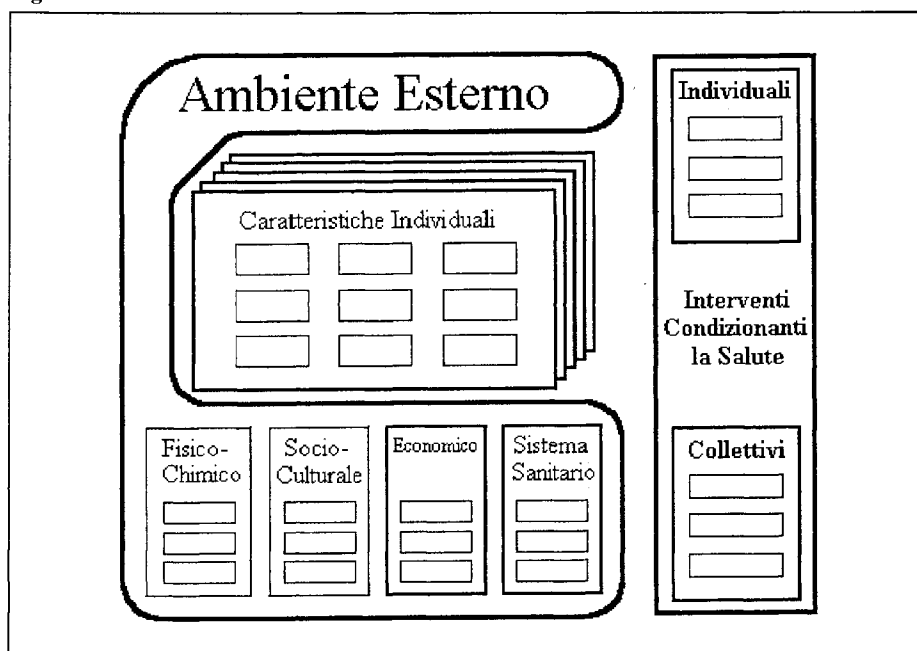
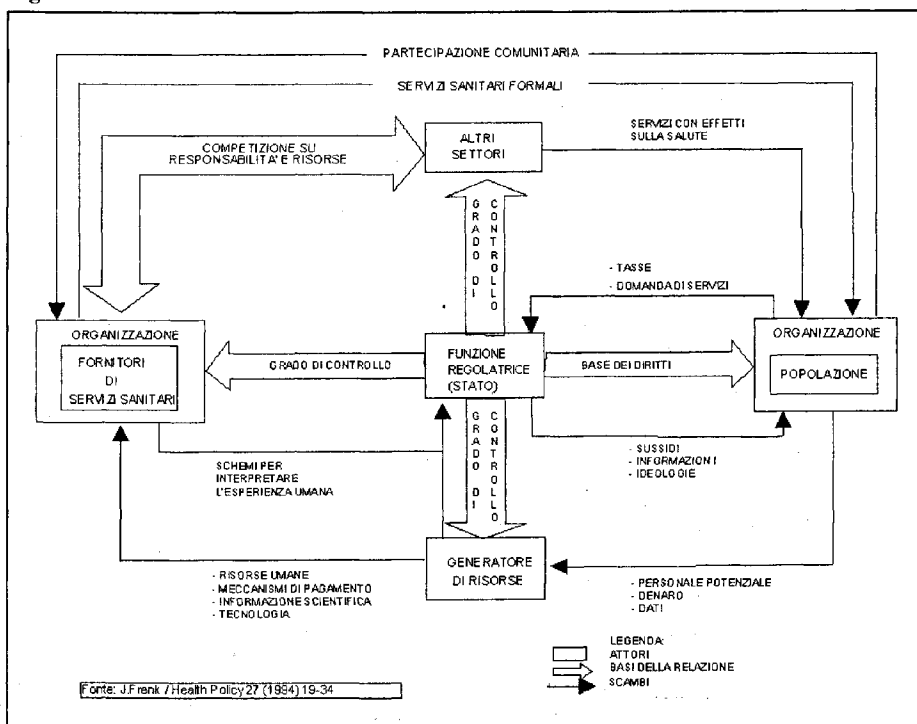


Figura 4



possono individuare delle priorità nello sviluppo di un S.I. integrato, senza perdere di vista l'insieme degli elementi fondamentali in grado di precisararlo ed arricchirlo progressivamente. Sono, appunto, questi i primi passi da cui si è iniziato anche nell'ASL di Bergamo, di cui approfondiremo, nel seguito dell'articolo, il percorso compiuto.

3. L'esperienza dell'ASL di Bergamo nella costruzione di un S.I. integrato a supporto della direzione generale

L'esperienza presso l'ASL di Bergamo, iniziata nei primi mesi del 1995, è stata caratterizzata dal riconoscimento esplicito, sia delle appropriate modalità per decidere ed agire, che della molteplicità degli attori interagenti e dei fattori condizionanti la salute, con il supporto dei modelli concettuali delle figure 2, 3 e 4. Il processo di pianificazione, per la direzione generale, ha previsto 2 linee di sviluppo importanti, l'una sul piano tecnologico, l'altra sul piano metodologico.

Sul piano tecnologico, si è provveduto alla realizzazione di reti telematiche di collegamento tra i vari presidi sparsi nella vasta area geografica della provincia, alla dotazione di diverse piattaforme *hardware* e *software* (oggi più di 150, distribuiti presso le diverse articolazioni organizzative) e alla costruzione di un applicativo per la comunicazione e il lavoro di gruppo, sviluppato in ambiente tecnologico *Notes* (*Lotus Development*), che costituisce il nucleo portante del nostro S.I. integrato.

In seno a progetti co-finanziati dall'Unione europea, nell'ambito del 4° programma quadro, sono stati recentemente sviluppati applicativi per l'assistenza domiciliare e per la cartella clinica degli assistiti dei medici di medi-

cina generale, aperta allo scambio di dati tra gli ambulatori, i centri specialistici e gli ospedali. Il progetto prevede la validazione degli applicativi entro i primi 6 mesi del 1999 presso 70 medici di famiglia. Gli applicativi gestionali in ambito amministrativo riguardano il personale, gli acquisti, la contabilità generale ed analitica. Nel panorama di applicativi in nostra dotazione nei settori clinico-epidemiologico ed amministrativo abbiamo programmato lo sviluppo di un sistema di *Data Ware House* che attinga prioritariamente dai seguenti *data base*: anagrafica degli assistiti, mortalità, ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatoriali, farmaceutica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ricoveri in case di riposo, invalidità civili.

I *reports* più importanti per le principali linee d'azione e i risultati più significativi delle interrogazioni eseguite sui diversi *data base* andranno ad arricchire i contenuti del S.I. integrato, in particolare nei documenti riguardanti i dati statistici ed epidemiologi-

ci, relativi alle informazioni e conoscenze d'ordine fattuale.

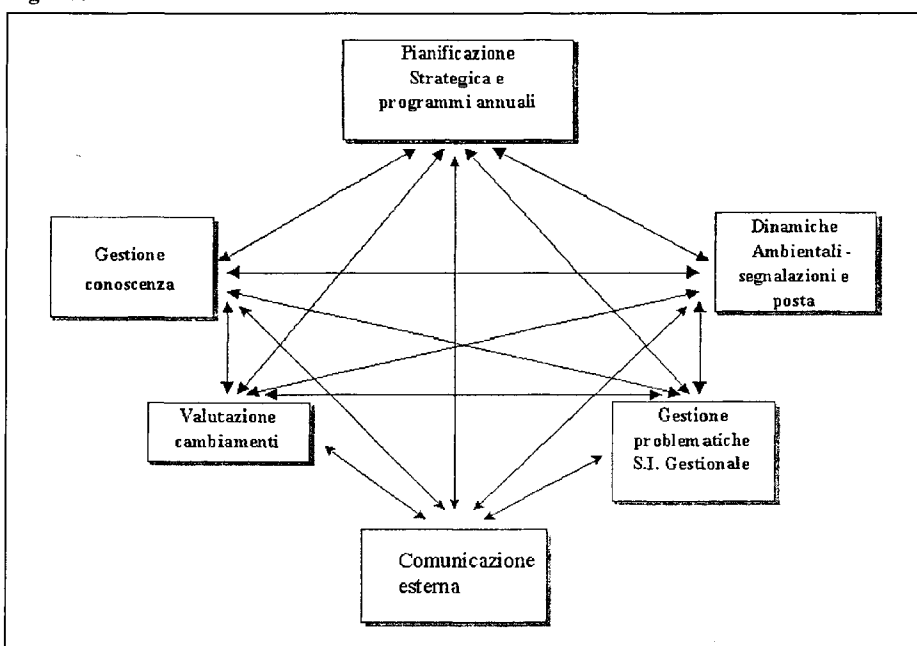
Sul piano metodologico, ci si è, invece, impegnati nel tentativo di sistematizzare una teoria di riferimento per la direzione dei servizi sanitari (Alfieri R., Buzzetti R. *et al.*, 1996; R. Alfieri *et al.*, 1997) e nella definizione degli strumenti e delle procedure per gestire appropriatamente la conoscenza disponibile (J.A.M. Gray, 1997), a supporto della direzione e del processo di pianificazione.

La complessità tipica del sistema sanitario, infatti, esige saperi, metodologie, strumenti condivisibili che promuovano la cooperazione tra molteplici attori e l'ibridazione di differenti culture.

A questo fine, lo scenario che ci eravamo prefigurati e, in gran parte, ormai, concretizzato, prevedeva di porre in un'unica struttura di comunicazione (figura 5):

1) la conoscenza fattuale e procedurale, i metodi per affrontare i problemi e gestirli, definendoli meglio, condividendone l'importanza e prefigurando

Figura 5



degli obiettivi da raggiungere e degli scenari desiderati (nella figura è rappresentata nell'icona «gestione conoscenza»);

2) i piani, i programmi e le strategie di cui occorre tener conto nella gestione delle problematiche intercorrenti, perché siano rinforzati o aggiornati appropriatamente;

3) le segnalazioni relative a eventuali problemi, la loro raccolta, divulgazione ed assegnazione (è integrato nel sistema un applicativo per il protocollo automatizzato della posta cartacea ed elettronica, che garantisce l'ufficialità di ogni documento trasmesso, l'immediata individuazione di una pratica e la costante verifica del suo stato di avanzamento);

4) il percorso seguito per la gestione delle problematiche e la traccia delle soluzioni già adottate e delle procedure già definite (è integrato nel sistema anche un applicativo sulle delibere, che si avvale dell'automazione dei flussi di lavoro per la loro stesura ed approvazione);

5) le informazioni per l'accesso dei cittadini ai servizi e per rendere più consapevole la loro partecipazione al processo di cure (tramite il sito Internet all'indirizzo <http://www.asl.bergamo.it>);

6) la valutazione della *performance* individuale e dell'andamento delle attività programmate, anche in relazione con gli adempimenti relativi ai contratti e al sistema premiante.

Questa struttura di comunicazione, insieme con i suoi contenuti e i processi che hanno portato a dividerli, facilita l'analisi dei problemi di interesse, la loro concettualizzazione e modellazione, la definizione della visione comune di un futuro desiderato, la condivisione di obiettivi e strategie, l'esplicitazione di possibili soluzioni dotate di efficacia teorica e la realizzazione dei cambiamenti migliorativi, mantenendo una continua comunica-

zione verso l'esterno, con la nostra comunità di riferimento.

Per mezzo del S.I. integrato, tutte le segnalazioni, comprese quelle mediate dal protocollo della posta, qualora riconosciute nella loro rilevanza e pertinenza rispetto alle strategie aziendali, sono suscettibili di retroagire sul processo di pianificazione complessivo e sui progetti relativi a ciascuna unità organizzativa in diversi modi:

— rinforzandoli e accelerandoli, perché rappresentano un ulteriore esempio di problemi-interventi-obiettivi già affrontati e in grado di essere, rispettivamente, attenuati, implementati o raggiunti dai cambiamenti programmati;

— arricchendoli, perché mettono in luce nuovi aspetti relativi a problemi-interventi-obiettivi già affrontati ed offrono nuovi spunti sulla modellazione del problema, la definizione degli obiettivi o la possibilità di intervento;

— modificandoli, perché evidenziano un problema, una finalità o un intervento nuovo, di cui è necessario tener conto, includendolo, mediante opportune correzioni, nella pianificazione e progettazione in corso.

4. Problemi, apprendimento, cambiamento: il S.I. integrato per un'attività di ricerca-azione

Il problema all'attenzione rappresenta lo stimolo per richiamare, ricombinare tra loro, diffondere e utilizzare informazioni e conoscenze già acquisite e organizzate in apposite basi di dati documentali, opportunamente categorizzate ed accessibili a tutti o, ancora, per ricercare, importare, valutare, organizzare, presentare ulteriori informazioni e conoscenze, al fine di integrare e perfezionare quelle già acquisite. Nella tabella 1 vengono analizzati, nelle loro parti fondamentali, i contenuti dei *data base* docu-

mentali, da noi definiti « di supporto metodologico»: modellazione problemi, definizione obiettivi e definizione interventi. Per quanto riguarda la modellazione dei problemi, si fa riferimento a 3 categorie di problematiche, relative al sistema nel suo complesso, ai servizi socio-sanitari e alla relazione tra operatore e paziente. Per ciò che attiene gli obiettivi, si fa riferimento ai valori e alla cultura, ai programmi delle istituzioni sovra-ordinate (governo e organismi internazionali) e ai sistemi premianti (nella loro coerenza con le norme contrattuali). Per quanto riguarda la definizione degli interventi, si fa riferimento alle 3 caratteristiche qualitative che devono essere contemporaneamente presenti in ogni linea d'azione: efficacia, appropriatezza, fattibilità. Nelle colonne successive della tabella, per ognuno dei *data base*, si individuano i principali contenuti di conoscenza procedurale (incluendo teorie, metodi ed euristiche) e di conoscenza fattuale.

Anche al fine di integrare nuove eventuali conoscenze con quelle già acquisite, l'accesso a Internet non solo è consentito a tutte le piattaforme collegate in rete (tramite un *server proxy*), ma, per facilitare la consultazione e il reperimento dell'informazione e della conoscenza, gli indirizzi utili della «grande rete» sono categorizzati e organizzati nelle specifiche basi di dati documentali. Questa nuova possibilità, promossa, a sua volta, tramite il S.I. integrato, ha consentito anche una nuova concezione dell'uso delle riviste scientifiche e la finalizzazione più esplicita degli abbonamenti dell'ASL verso il miglioramento della pratica e l'attuazione dei cambiamenti desiderati, a partenza dai problemi incontrati: tutto ciò è stato tradotto in un atto deliberativo innovativo, i cui punti chiave sono riassunti nello schema seguente, che lega l'aggiornamento con la ricerca e la pratica e assegna

Tabella 1

Le aree principali	Ambiti più specifici	Conoscenza procedurale	Conoscenza fattuale
1) <i>Saper individuare e analizzare i problemi</i>	Problemi e complessità: a) del sistema sanitario b) dei servizi sanitari c) della relazione operatore-paziente.	1.1) Metodi di inquadramento, selezione ed analisi dei problemi sanitari. Epidemiologia, statistica, rappresentazioni concettuali dei singoli problemi di interesse, modelli mentali, modelli simulativi, modelli socio-psicologici, economico-gestionali, analisi delle politiche.	1.2) Dati statistici ed epidemiologici: caratteristiche della popolazione, stato e percezione della salute, offerta di servizi, uso dei servizi, stili di vita e fattori di rischio. Descrizione dei problemi di salute, assistenziali, economico-gestionali.
2) <i>Saper definire finalità e obiettivi</i>	a) Valori, cultura regole di comportamento. b) Piani e programmi degli organismi internazionali, nazionali, regionali, locali. c) Contratti e sistemi premianti.	2.1) Metodologia della definizione degli obiettivi. Etica. Il metodo della pianificazione strategica. Teorie motivazionali. Il modello delle gratificazioni connesse con il posto di lavoro.	2.2) Esempi di obiettivi e di indicatori di qualità: di risultato, di processo e di struttura.
3) <i>Saper scegliere e realizzare gli interventi</i>	a) Ciò che potenzialmente funziona. b) Ciò che è appropriato in relazione alle «indicazioni» dei singoli, della popolazione e alle priorità. c) Ciò che è eseguibile correttamente, in relazione alle caratteristiche contestuali dell'azienda sanitaria.	3.1.1) Metodologia della definizione degli interventi. Criteri per apprendere dalla letteratura e per valutare gli interventi adottabili in ambito terapeutico, riabilitativo, diagnostico, preventivo. 3.2.1) Criteri di priorità, teoria dell'analisi delle decisioni, fasi e ruoli nelle decisioni, programmazione per <i>budget</i> e analisi marginale, metodologia del lavoro di gruppo, metodi di definizione delle linee-guida, metodi per tendere al consenso, di negoziazione e gestione del conflitto. 3.3.1) Metodi della ricerca-azione, di ricerca sui sistemi sanitari, di <i>project management</i> , metodi di Miglioramento continuo della qualità, teorie di organizzazione e gestione, direzione per obiettivi, direzione per politiche, <i>Business Process Rengeneering</i> , <i>problem based learning</i> .	3.1.2) Risultati di revisioni sistematiche della letteratura, di meta-analisi; rapporti su progetti, strategie, politiche di successo. 3.2.2) Risultati di studi di <i>technology assessment</i> su varie tipologie di tecnologia (farmaci, strumenti, procedure mediche e chirurgiche, sistemi di supporto, sistemi organizzativi e di gestione); linee-guida, risultati di studi su opzioni e strategie alternative a confronto. 3.3.2) Risultati di interventi di ricerca-azione e di studi di ricerca sui sistemi e/o servizi sanitari. Risultati di studi di monitoraggio e controllo di progetti, di studi di Miglioramento continuo della qualità.

ruoli specifici all'ufficio aggiornamento, alle principali articolazioni organizzative e alle singole unità gestionali (schema 1).

L'assegnazione di questi ruoli è consonante con l'esigenza di avvio di una nuova funzione di gestione della conoscenza all'interno della nostra organizzazione, per valutare ed even-

tualmente utilizzare i risultati della nostra esperienza e dei progressi scientifici e tecnologici e per migliorare le nostre attività correnti. La tabella 2 mostra le varie fasi della gestione della conoscenza, individuando, per ciascuna di esse, gli attori protagonisti e le attività da espletare. Le conoscenze di ordine procedurale e

fattuale, dopo essere state prodotte o importate (di norma sono prodotte altrove) e valutate (sia altrove, nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie, che localmente, con specifica attenzione alle circostanze contestuali), possono essere considerate rispondenti alle esigenze aziendali. In questo caso si avvia una fase di vero e

Schema 1

I DIVERSI RUOLI:
A) Compiti dell'ufficio aggiornamento Funzioni di supporto e formazione: — per l'uso delle risorse di Internet; — per l'interrogazione di banche dati, quali Medline, secondo appropriate strategie di ricerca (D.L. Hunt, K.A. McKibbon, 1997).
B) Compiti delle aree organizzative principali, ciascuna dotata di accesso a Internet — Promuovere le sinergie possibili tra formazione-ricerca e pratica. — Legare l'aggiornamento del personale con gli obiettivi della programmazione. — Mettere a disposizione materiale (indici di riviste, articoli, altro) per l'aggiornamento routinario delle diverse unità operative appartenenti all'area. — Fornire stimoli attivi su problemi specifici (legati alla programmazione e alla pratica). — Rispondere con ricerche bibliografiche a domande-esigenze espresse dalle Unità gestionali incluse nell'area.
C) Compiti delle unità gestionali — Individuare i problemi su cui richiedere ricerche bibliografiche all'area organizzativa principale. — Avvalersi degli stimoli e dei contributi delle principali aree organizzative. — Utilizzare il materiale reso disponibile per l'aggiornamento routinario.

proprio *marketing*, in cui la conoscenza utile è organizzata e presentata e distribuita in modo conforme alla situazione contingente e al problema di interesse, affinché possa essere utilizzata nel modo più agevole e costituisca un ponte tra i risultati della ricerca, gli enunciati delle teorie e le decisioni e implementazioni concrete (R.N. Battista, 1994).

Il sistema informativo integrato, quindi, riunisce in un'unica struttura di comunicazione il momento della segnalazione e della direzione-gestione dei problemi pratici, con il momento della gestione della conoscenza da parte di diversi attori con molteplici ruoli, affinché partecipino tutti sinergicamente alla pianificazione strategica, alla progettazione annuale e all'implementazione dei cambiamenti. Il sistema intende, per il tramite di questa struttura di comunicazione, promuovere l'«evidence based health care» (J.A. Muir Gray, 1997). Esso rende accessibile la conoscenza a tutti quelli che rivestono ruoli critici, consentendo

di gestirla, a vantaggio della soluzione di problemi reali, a partenza dalla fase di produzione-importazione della conoscenza fino alla valutazione delle conseguenze della sua utilizzazione.

Un'attività di direzione di questo tipo si trasforma ed evolve in ricerca-intervento, per tener conto del fatto che le azioni, nei sistemi complessi, sono difficilmente predefinibili fin dall'inizio a causa delle conseguenze inattese e della multidirezionalità degli effetti provocati (T.W. Nolan, 1998). L'approccio è euristico, la strategia di cambiamento è *step by step* (H. Wissena, 1995), per cui si procede in funzione delle opportunità rilevate o provocate e in funzione delle capacità di utilizzarle (E. Becchi, B. Verrecchi, 1992).

L'inserimento di «nuovi» problemi o segnalazioni, con il supporto di adatti strumenti tecnologici e appropriate procedure metodologiche, nel processo di pianificazione strategica, promuove il cambiamento migliorativo permettendo anche:

— di governare l'agenda delle politiche e strategie aziendali, con l'adeguata scansione temporale delle segnalazioni e dei problemi da porre all'ordine del giorno;

— la distribuzione di adeguati incentivi legati alla programmazione e al raggiungimento di risultati collettivi e individuali, secondo gli adempimenti contrattuali;

— la rendicontazione, il monitoraggio e il *feed-back* informativo sulle azioni e sugli obiettivi programmati, facilitando la trasparenza e il compito dei nuclei di valutazione;

— il rinforzo (da parte della direzione strategica) e l'emulazione (da parte di altri dirigenti) relativi ad interventi coerenti con le strategie aziendali;

— la facilitazione: tramite la rimozione di eventuali ostacoli e/o la fornitura di adeguati strumenti da parte della direzione strategica per innescare l'azione;

— la cooperazione e l'attivazione di sinergie (grazie alla visibilità e all'inserimento delle soluzioni adottate in un *thesaurus* disponibile a tutti) in modo che i traguardi raggiunti da qualcuno possano rappresentare un punto di partenza agevolato per qualcun altro.

5. Conclusione

Il S.I. integrato, sviluppato nell'ASL di Bergamo, grazie all'impegno e ai risultati ottenuti sul piano metodologico, tecnologico e organizzativo, ci agevola nel perseguimento dei cambiamenti migliorativi. C'è la sensazione diffusa che il percorso stesso sia stato e continui ad essere ricco di occasioni di apprendimento e ci conduca a una costruzione progressivamente più significativa. La soddisfazione degli utilizzatori è connessa, soprattutto, con la possibilità di ricreare più facilmente i contesti in cui

Tabella 2

Fase	Attore	Attività
1) <i>Produzione</i>	Autori della letteratura scientifica, soprattutto di riviste di 2° o 3° grado. Attori e ricercatori dei servizi sanitari.	Producono teorie, metodi, euristiche e conoscenza fattuale, nell'ambito di diverse categorie di «saperi». Operano in una modalità di ricerca-intervento.
2) <i>Valutazione-importazione</i>	Tutti, responsabili delle Unità gestionali, direzione strategica e suo <i>staff</i> . Responsabile del singolo <i>data base</i> di SISMA.	Ricercano attivamente (con intensità di vario grado a seconda del ruolo), valutano e segnalano la conoscenza d'interesse per un'eventuale importazione. Valuta e importa * la conoscenza, organizzandola nelle diverse categorie e gerarchie del <i>data base</i> .
3) <i>Marketing</i>	Responsabile del singolo <i>data base</i> di SISMA. Tutti. Responsabili delle Unità gestionali, direzione strategica e suo <i>staff</i> . Responsabili delle Unità gestionali. Direzione strategica e suo <i>staff</i> . Responsabili delle Unità Gestionali.	<p>PRODOTTO ** Presenta in modo appropriato la conoscenza nel <i>data base</i>. Assume la comunicazione interculturale come <i>standard</i> comunicativo.</p> <p>PROMOZIONE ** Segnalano i problemi e i bisogni conoscitivi (secondo una prospettiva il più possibile sistemica) per adottare decisioni e realizzare interventi basati sulla conoscenza.</p> <p>Promuovono l'abbinamento della conoscenza appropriata alle segnalazioni rilevanti e pertinenti *, secondo una prospettiva sistemica, per adottare decisioni basate sulla conoscenza. Collaborano nella formazione per l'uso di SISMA.</p> <p>DISTRIBUZIONE ** Promuovono e accertano la congruità nel numero e nel funzionamento delle piattaforme SISMA.</p> <p>PREZZO ** Legano il raggiungimento di obiettivi di efficacia, efficienza ed equità al sistema premiante.</p>
4) <i>Uso della conoscenza e ricerca-intervento</i>	Tutti, responsabili delle Unità gestionali, direzione strategica e suo <i>staff</i> .	Colgono le segnalazioni rilevanti e pertinenti come occasione di apprendimento e di utilizzazione della conoscenza disponibile. I risultati ottenuti dall'uso della conoscenza diventano essi stessi conoscenza (fase 1) da valutare ed eventualmente importare (fase 2).

* Il sistema consente a tutte le piattaforme collegate l'apertura verso Internet, oltre che l'accesso da Internet a tutti i potenziali utilizzatori della rete, per tutti i *database* per cui non esistano vincoli di riservatezza.

** Sono i 4 principali strumenti del «marketing».

le parole, le decisioni e le azioni di un'organizzazione complessa si calano e, quindi, di interpretarne i significati in modo meno equivoco. Risulta, così, più agevole l'armonizzazione degli sforzi e la valorizzazione dei risultati, sul piano operativo, organizzativo, tecnologico e metodologico. Questo tipo di tecnologia, che, in conformità alla definizione dell'*American Office for Technology Assessment* (S. Perry, M. Thamer, 1997), non deriva solo dall'acquisizione di nuovi strumenti, ma nasce, appunto, dall'abbinamento di risultati ottenuti anche in ambito di metodo, di cultura ed organizzazione, potrebbe definirsi «contro-corrente», nel senso che, al contrario di tanta altra tecnologia, non contribuisce a far incrementare la spesa sanitaria, ma concorre a qualificarla e a frenarne l'incremento. Essa corrisponde a quella tecnologia «superiore» che, secondo Zeleny, consente di «gestire le discontinuità, le trasformazioni qualitative, le ridefinizioni dei compiti e delle tecniche, le riorganizzazioni, gli effetti umani significativi», assolutamente caratteristici della turbolenza e della ricorsività costitutivi dei sistemi complessi (M. Zeleny, 1997). Una visione più ampia dei problemi, infatti, aiuta a riconoscerne la vera natura ed evita di ricorrere a dei rimedi fittizi, attivando tutte le sinergie più opportune. Per questa via si può contrastare l'usuale abuso della tecnologia (di strumenti diagnostici, di esami di laboratorio, di farmaci, di ricoveri, di interventi chirurgici...) determinato dal fatto che, spesso, chi sviluppa tecnologia ha interesse ad amplificarne le indicazioni e coinvolge, in questo, una molteplicità di alleanze, più o meno consapevoli. Procedure, protocolli, sistemi di supporto del tipo del nostro S.I. integrato, richiedendo risposte di senso in tutto quello che si fa, conformi con le principali finalità istituzionali del

Servizio sanitario nazionale, rappresentano strumenti adatti per un sistema sanitario non consumistico, compatibile con lo sviluppo «sostenibile», che tenga conto di quanto è veramente utile e degli apporti possibili di altri settori della pubblica amministrazione, della produzione e della società civile.

Al di là di tutto questo, una valutazione formale del sistema non è ancora stata compiuta. Essa non dovrebbe basarsi sulla dimostrazione di una sperimentazione controllata, ma su argomentazioni più complesse, che tengano conto del contesto in cui il S.I. integrato è implementato e di importanti aspetti qualitativi, esplorati secondo una prospettiva multidisciplinare, includente dimensioni sociologiche, economiche, informatiche, manageriali e psicologiche della valutazione (D. Pitty, R. Hanka, 1998). Ciò che ci pare più importante, comunque, è che, nella nostra ASL, il processo di apprendimento e cambiamento possa più facilmente essere innescato dal desiderio e dall'urgenza di affrontare e risolvere problemi pratici e sia ben integrato nelle procedure amministrative e nelle norme contrattuali.

La prassi della direzione dei servizi può, in questo modo, trasformarsi progressivamente in un'attività riflessiva di ricerca-intervento, per una crescita umana e professionale di tutti gli attori implicati. Essa è sollecitata, di volta in volta, dagli scarti tra ciò che si osserva e ciò che potrebbe essere fatto, ossia dalle differenze che, secondo Gregory Bateson, «fanno le differenze».

Le singole linee d'azione innovative o migliorative possono, così, essere interpretate nei contesti che le arricchiscono di significati ed essere inserite, come un tassello armonico, nel quadro degli interventi, delle finalità e degli obiettivi programmati nel corso

del processo di pianificazione strategica, per rinforzarlo, arricchirlo o modificarlo.

BIBLIOGRAFIA

- ALFIERI R., BUZZETTI R. ET AL. (1996), *Il ruolo dell'operatore di sanità pubblica di fronte ai problemi sanitari*, Epidemiologia e prevenzione, 20: 3-10.
- ALFIERI R. ET AL. (1997), *Valori, cultura e salute: il ruolo dell'operatore di sanità pubblica nella definizione degli obiettivi*, Mecosan, 22, 71-79.
- BATTISTA R.N. (1994), *Scienze della salute, decisioni politiche e valutazione delle tecnologie: sta espandendosi il ruolo degli epidemiologi?*, Epidemiologia e prevenzione, 18: 15-21.
- BECCHI E., VERTECCHI B. (1992), *Manuale critico della sperimentazione e della ricerca educativa*, Franco Angeli, Milano.
- FRENK J. (1995), *Comprehensive policy analysis for health system reform*, Health Policy, 32 257-277.
- GRAY J.A.M. (1997), *Getting research into practice*, Meeting di Barcellona, 1-10-97.
- HUNT D.L., MCKIBBON K.A. (1997), *Locating and appraising systematic reviews*, Annals of internal medicine, 126, 532-538.
- MUIR GRAY J.A. (1997), *Evidence based health care. How to make health policy and management decisions*, Ed. Churchill Livingstone, New York.
- NOLAN T.W. (1998), *Understanding medical systems*, Annals of internal medicine, 128:293-298.
- PERRY S., THAMER M. (1997), *Health technology assessment: decentralised and fragmented in the US compared to other countries*, Health Policy, 40: 177-198.
- PITTY D., HANKA R. (1998), *Evaluating information technology in health care: barriers and challenges*, BMJ, 316: 1959-1961.
- WOLFSON M. (1994), *POHEM: a framework for understanding and modelling the health of human populations*, Wld hlth statist.quart, 47.
- WISSENA H. (1995), *La gestione del decentramento*, Jakson libri.
- ZELENY M. (1997), *La gestione a tecnologia superiore e la gestione della tecnologia superiore*, in «La sfida della complessità», G. Bocchi e M. Ceruti (a cura di), 401-413, Edizioni Feltrinelli, Milano.

SPERIMENTAZIONE E SVILUPPO DELL'UNITÀ DI DAY SURGERY PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA «SANTA MARIA» DI TERNI

M. Francucci¹, V. Panella¹, A. Tanese²

¹ Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni
² CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Storia dell'unità - 3. La struttura organizzativa - 4. Il percorso del paziente - 5. I risultati del triennio 1996-1998 - 6. Lo sviluppo dell'attività tra percezioni positive e criticità operative - 7. L'analisi del modello: le condizioni per l'innovazione e il cambiamento.

1. Premessa

L'Umbria ha una popolazione di 820.000 abitanti circa; nel suo territorio sono presenti due aziende ospedaliere e quattro ASL con 18 ospedali, per una dotazione complessiva di posti letto pubblici pari, nel 1996, a 4549. A partire da tale situazione, il Consiglio regionale emanò nel febbraio del 1997 un atto di indirizzo con il quale, in applicazione dei principi di riordino della rete ospedaliera stabiliti dalla legge 382/95, furono fissati i criteri con cui le aziende sanitarie della regione avrebbero dovuto provvedere, nel triennio 1997-1999, alla razionalizzazione delle proprie strutture di assistenza ospedaliera.

I principali obiettivi fissati dall'atto di programmazione regionale riguardavano — nel triennio di validità — la riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 218 per mille del 1996 al 160 per mille del 1999, nonché la diminuzione dell'indice di dotazione di posti letto per acuti da 5,6 a 4,5 per mille abitanti.

L'azienda ospedaliera di Terni (1), in particolare, si vedeva assegnare l'obiettivo di ridurre i posti letto da 840 a 700 e la fissazione di un tetto di ricoveri per cittadini residenti in Umbria.

Le azioni da implementare per perseguire tali obiettivi vennero esplicitate in un piano attuativo triennale, nel quale tra l'altro occorre prevedere la realizzazione di «momenti organizzativi dedicati, orientati verso forme assistenziali a ciclo breve». Tali indicazioni programmatiche regionali si inserivano in una linea di riordino analogo, che nell'azienda ospedaliera era già stata avviata, in quanto nel 1996 si era iniziato un percorso che — nell'ambito dell'estensione e del completamento della dipartimentalizzazione dell'ospedale — prevedeva la diminuzione del numero totale di posti letto ed un riequilibrio tra posti letto ordinari e posti letto di ciclo diurno.

La tabella 1 mostra la progressione della riduzione dei posti letto totali e l'andamento dei ricoveri nel periodo 1995-1998; l'obiettivo regionale di riduzione dei letti è stato sostanzialmente perseguito (si tenga conto che il raggiungimento completo dell'obiettivo era posto per il 1999); la dinamica dei ricoveri si presenta in crescita, considerando — però — complessivamente anche l'apporto ad essa fornito da cittadini provenienti da altre regioni.

Il perseguimento di tali risultati, naturalmente, non poteva passare esclusi-

sivamente attraverso la mera eliminazione di letti; esso doveva essere anche il frutto di una reale modificazione dei processi assistenziali, dei modelli organizzativi e delle relazioni tra le varie Unità operative, nell'ambito di una crescente coerenza tra indicazioni programmatiche regionali e scelte operative aziendali. Questo contributo descrive l'esperienza relativa all'attività di *day surgery*.

2. Storia dell'Unità

L'Unità operativa di *day surgery* dell'azienda ospedaliera Santa Maria di Terni nasce dal confluire di due esperienze separate (figura 1a).

Sul finire del 1996, infatti, la Direzione generale dell'azienda produsse due importanti atti deliberativi.

L'articolo è il risultato di uno studio realizzato nell'ambito di una ricerca tuttora in corso del CeRGAS Università Bocconi sui modelli organizzativi della *day surgery*, condotta sperimentalmente nella Regione Veneto con la collaborazione della FIDS (Federazione italiana di *day surgery*) e delle aziende farmaceutiche Glaxo-Wellcome e Roche. Sono da attribuire a M. Francucci, V. Panella e A. Tanese congiuntamente i capitoli da 1 a 5 e ad A. Tanese i capitoli 6 e 7.

Tabella 1 - Posti letto e ricoveri ordinari e in *day surgery* presso l'azienda ospedaliera di Terni (anni 1995-1998)

POSTILETTO			
Anno	Ricoveri ordinari	Day hospital/ day surgery	Totale
1995	786	54	840
1996	695	105	800
1997	664	106	770
1998	637	105	742
NUMERO RICOVERI			
Anno	Ricoveri ordinari	Day hospital/ day surgery	Totale
1995	31.503	2.074	33.577
1996	29.018	8.596	37.614
1997	24.930	10.822	35.752
1998	22.728	12.876	35.604

1) In seguito ad una ristrutturazione degli spazi della Divisione ortopedica e ad una riduzione del numero di posti letto complessivi delle due Unità operative ortopediche (Divisione ortopedica e Clinica ortopedica), la Direzione generale deliberò l'istituzione di 14 posti letto di *day hospital* ortopedico, così ripartiti:

- 9 pl della Divisione ortopedica;
- 5 pl della Clinica ortopedica.

Pur essendo assegnati in modo separato, organizzativamente venivano collocati in uno spazio comune e gestiti da un unico personale infermieristico con un'unica capo sala, che avrebbe gestito due liste separate provenienti dall'attività delle due Unità operative.

2) In seguito al pensionamento del primario dell'Unità di Chirurgia generale (30 pl), l'attività venne fusa con quella dell'Unità di Chirurgia epatobiliare (30 pl) in una nuova Unità operativa di Chirurgia generale ed epatobiliare; dei 30 posti letto dell'ex Chirurgia generale, 15 vennero eliminati e altri 15 riconvertiti in modulo organiz-

zativo definito «Unità di *day surgery* e Chirurgia endovascolare».

I 15 posti letti del modulo dovevano essere distinti in:

- 4 pl di *day surgery* diagnostico
- 11 pl di *day surgery* (di cui 6-8 di *one-day surgery*)

e soprattutto dovevano essere gestiti come posti letto multidisciplinari, cui potevano avere accesso, cioè, tutte le Unità operative del neo-costituito Dipartimento chirurgico (2).

Le due attività, il *day hospital* ortopedico e la *day surgery*, iniziarono la loro attività separatamente, ma pochi mesi dopo la loro attivazione la Direzione generale avviò i lavori per la realizzazione di un unico reparto di *day surgery*, avvalendosi della possibilità di accedere anche a dei finanziamenti regionali specificamente destinati a tale scopo (DGR Regione Umbria del 9 aprile 1997); in attesa della conclusione dei lavori e della messa a norma del nuovo reparto, le due Unità di *day surgery* vennero collocate in via provvisoria nella stessa ala del *day hospital* ortopedico, pur mantenendo una gestione separata dei letti (figura 1b).

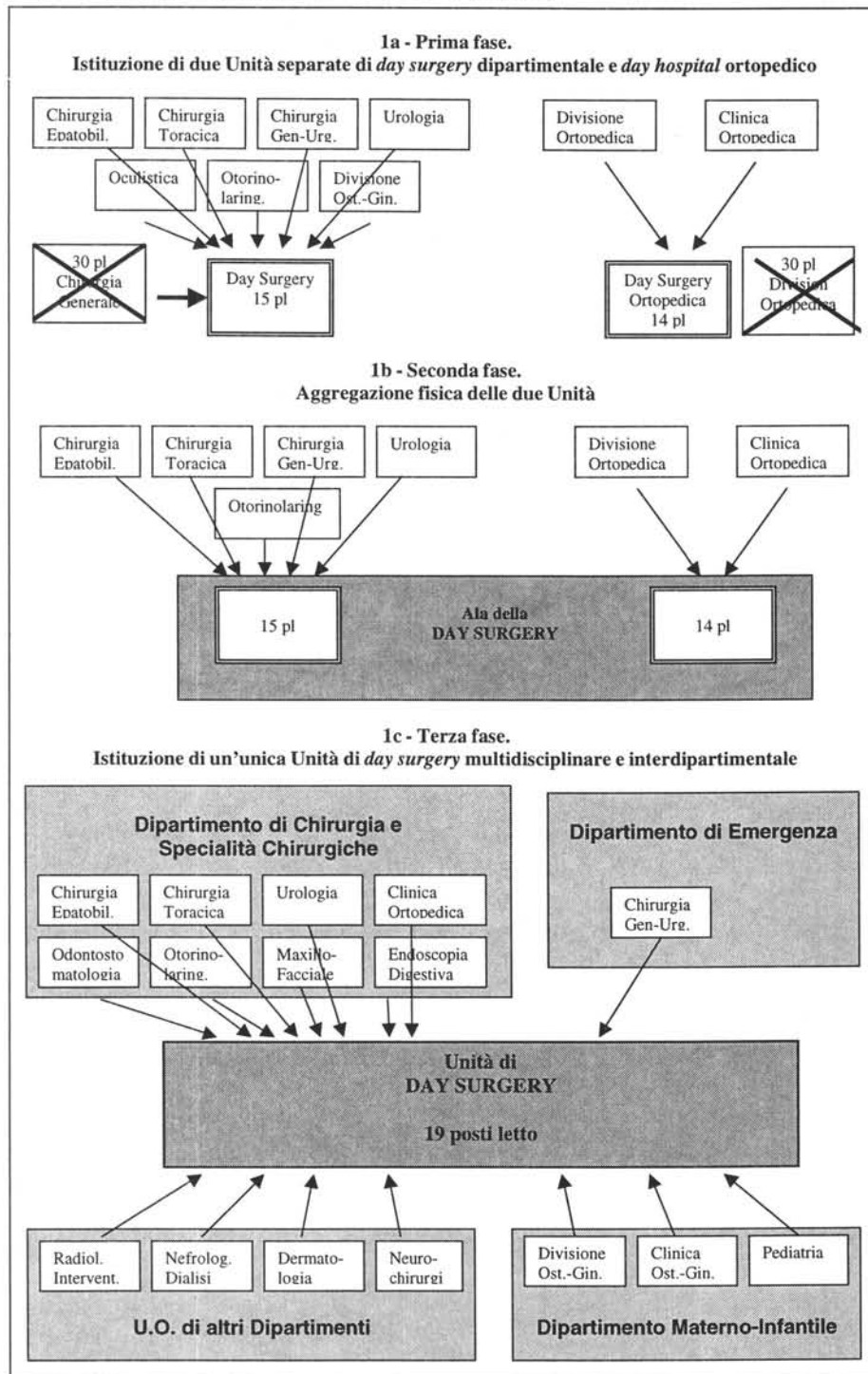
L'attuale reparto di *day surgery* venne inaugurato alla fine del 1997. Le due Unità di *day surgery* si trasferirono nella nuova ala ristrutturata; i letti (i 14 pl ortopedici + i 15 pl chirurgici) vennero riunificati e ridotti in un'unica dotazione complessiva di 19 pl, in quanto 29 venivano considerati in esubero rispetto alle reali necessità. Venne confermata la natura multidisciplinare dell'Unità, comune a tutte le Unità operative del Dipartimento (nel frattempo ridenominato Dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche) e interdipartimentale, in quanto dell'Unità di *day surgery* si serviva anche l'U.O. Chirurgia generale e d'urgenza, nel frattempo passata al Dipartimento di emergenza.

Attualmente (luglio 1999), all'Unità di *day surgery* fanno riferimento anche le Unità operative chirurgiche del Dipartimento materno-infantile (la Divisione, la Clinica ginecologica e la Pediatria) e altre Unità operative di vari Dipartimenti, come la Dermatologia Chirurgica, la Nefrologia e Dialisi, la Neurochirurgia e la Radiologia interventistica (figura 1c)

Se da un punto di vista logistico e strutturale l'Unità di *day surgery* si è costituita per fasi successive, anche dal punto di vista operativo il modello si è andato via via affinando.

Sin dall'istituzione dell'Unità (fine 1996), era stato chiarito che l'attività di *day surgery* si sarebbe dovuta svolgere secondo le linee guida definite dalla Giunta regionale sulla base della proposta elaborata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (199). Inoltre si garantiva l'uso di sale operatorie dedicate, che non avrebbero dovuto interferire con le urgenze chirurgiche intraospedaliere o esterne. Il Comitato di dipartimento, inoltre, avrebbe dovuto elaborare le proposte organizzative relative alle modalità di utilizzo dei posti letto e delle sale operatorie da parte delle diverse Unità operative.

Figura 1 - Le diverse fasi di avvio dell'Unità di day surgery



Il responsabile dell'Unità si occupa in questo periodo di:

- elaborare la proposta di assetto e di regolamentazione dell'attività da

un punto di vista organizzativo (spazi, sale, rotazione posti letto, organizzazione del reparto)

- discutere con i singoli responsa-

bili di U.O. criteri e percentuali di trasferibilità dei ricoveri ordinari in interventi di day surgery

— definire il percorso-tipo del paziente, dalla selezione alle dimissioni, con un coinvolgimento anche dei medici di medicina generale, che partecipano ad alcune riunioni di informazione e di elaborazione di proposte di integrazione.

Nel frattempo (fine 1997) si era insediato il nuovo responsabile del servizio di anestesia, nominato anche responsabile del Dipartimento di emergenza, che contribuì a definire i criteri organizzativi dell'ambulatorio anestesiológico e di utilizzo delle sale operatorie.

L'Unità lavora a pieno regime dal 1988. Allo stato attuale non esiste alcun atto formale che riunifichi le due Unità di day surgery in un'unica struttura; tuttavia, di fatto, i 19 posti letto vengono gestiti dall'unico reparto per tutte le Unità operative che vi fanno riferimento, senza alcun'assegnazione interna dei posti letto, con un unico responsabile e personale infermieristico dedicato (3).

Recentemente (aprile 1999) è stato formalizzato dalla direzione aziendale e sottoscritto dai responsabili e dai referenti dei reparti afferenti il regolamento interno che esplicita le informazioni relative al funzionamento dell'Unità di day surgery; definisce le attività, le modalità di comportamento, la successione delle azioni, le rispettive modalità di esecuzione, raccoglie le diverse procedure, le modalità organizzative, i ruoli degli operatori coinvolti nel processo assistenziale e le regole che ne consentono la regolare attuazione (figura 2).

Attraverso il regolamento sono stati formalizzati gli obiettivi della struttura di day surgery e delle attività necessarie per realizzarli, definendo per ogni fase operativa le azioni e gli operatori coinvolti; sempre mediante il re-

Figura 2 - Indice del regolamento della *day surgery* dell'azienda ospedaliera Santa Maria di Terni

<u>REGOLAMENTO</u>	
<input type="checkbox"/>	<i>Introduzione</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Definizione delle attività</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Modello organizzativo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Politica delle direzioni aziendali</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Ruoli e responsabilità</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Procedure gestionali</i>
—	Selezione delle procedure
—	Selezione dei pazienti e valutazione anestesiológica
—	Prenotazione
—	Accettazione
—	Dimissione
—	<i>Follow up</i>
—	Continuità assistenziale
—	Gestione delle emergenze
<input type="checkbox"/>	Valutazione e verifica della qualità
<input type="checkbox"/>	<i>Iter del paziente</i>
<input type="checkbox"/>	Descrizione della giornata tipo
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio anestesiológico
<input type="checkbox"/>	Protocollo per la Chirurgia ambulatoriale
<input type="checkbox"/>	Rapporti contrattuali con reparti e servizi
<input type="checkbox"/>	Elenco modulistica
<input type="checkbox"/>	Elenco protocolli operativi
ALLEGATI:	
—	Atti formali adottati dall'azienda S. Maria di Terni
—	Riferimenti normativi
—	Lista delle procedure eseguibili in <i>day surgery</i> e ambulatoriali
—	Attività Unità di <i>day surgery</i> anno 1998
—	Requisiti della struttura dedicata
—	Linee guida
—	Modulistica
—	Procedure operative

golamento è stato inoltre possibile definire in modo più preciso i rapporti tra l'Unità di *day surgery* e i servizi diagnostici o ausiliari (stipula di rapporti contrattuali); da ultimo viene sancita l'integrazione e una chiara distinzione di funzioni tra il *day hospital* ortopedico e la *day surgery*:

— il primo viene utilizzato per la prosecuzione dei trattamenti (DRG medici) e per l'effettuazione di esami diagnostici complessi;

— la *day surgery* viene utilizzata per il ricovero di tutti i pazienti sotto-

posti ad intervento chirurgico (DRG chirurgici).

In conclusione, l'attuale Unità sembra essere nata per approssimazioni successive, con un assetto organizzativo e strutturale che si è andando perfezionando nel corso dei due anni e approdato alla formalizzazione del regolamento. Tuttavia, quel che appare certo, è l'esistenza di una chiara volontà da parte della Direzione generale dell'azienda nel potenziare tale attività e nel mettere a disposizione le risorse necessarie, procedendo

contemporaneamente ad una riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari. A ciò hanno contribuito un insieme di cause:

— il pensionamento di un primario chirurgico e la conseguente riduzione di posti letto;

— la ristrutturazione degli spazi assistenziali, che ha consentito di attivare il *day hospital* ortopedico;

— la possibilità di accedere a finanziamenti straordinari in c/capitale dalla regione Umbria, che hanno accelerato i lavori di adeguamento strutturale del nuovo reparto;

— l'istituzione del modello dipartimentale da parte dell'azienda, che ha maggiormente giustificato l'istituzione di un'Unità di *day surgery* multidisciplinare e l'accorpamento dell'attività di *day surgery* con il *day hospital* ortopedico.

3. La struttura organizzativa

3.1. Collocazione nell'organigramma

Da un punto di vista organizzativo, come è stato detto, l'Unità di *day surgery* è un'Unità multidisciplinare e interdipartimentale. Come tale, essa ha una funzione prettamente di tipo organizzativo nell'utilizzo dell'area di degenza di *day surgery* in modo coordinato tra le diverse U.O., in quanto da un punto di vista clinico e professionale le singole U.O. mantengono totale autonomia nello svolgimento dell'attività assistenziale. La responsabilità medico assistenziale afferisce all'*équipe* che ha in cura il paziente.

Il Dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche e gli altri Dipartimenti coinvolti definiscono le strategie, gli obiettivi, forniscono indicazioni per la gestione delle risorse, approvano il regolamento, i protocolli operativi ed i percorsi diagnostico-tera-

peutici e ne verificano periodicamente l'andamento.

I dirigenti di II livello dei reparti afferenti si impegnano a garantire tutte le risorse di personale medico necessarie al funzionamento dell'Unità di *day surgery*, in base agli *standard* definiti nel regolamento ed a comunicare entro la fine di ogni mese, i nominativi dei medici dedicati, nel mese successivo, alle attività dell'Unità di *day surgery*.

3.2. Il responsabile dell'Unità

Il responsabile dell'Unità (lo stesso sin dall'inizio) è un dirigente medico dell'U.O. di Chirurgia generale e d'urgenza. Da quando quest'ultima è passata al Dipartimento di emergenza si verifica quindi una situazione di doppia afferenza del responsabile:

- al Dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche in quanto responsabile dell'Unità di *day surgery* (e come tale fa parte del Comitato di dipartimento);

- al Dipartimento di emergenza, in quanto dirigente dell'U.O. di Chirurgia generale e d'urgenza, presso la quale svolge la propria attività professionale per un terzo del suo tempo.

Il responsabile gestionale che è anche responsabile del programma operatorio, come definito nel regolamento:

- gestisce le risorse in termini di personale, spazi, apparecchiature al fine di ottimizzarne l'utilizzo;

- identifica i protocolli gestionali ed operativi;

- elabora il regolamento;

- coordina le varie attività e garantisce il rispetto del regolamento;

- si interessa dell'aggiornamento e della qualificazione del personale infermieristico;

- cura il collegamento con gli altri servizi e con i medici di medicina ge-

nerale per assicurare la continuità terapeutica;

- è responsabile del sistema qualità dell'Unità di *day surgery*;

- elabora per la Direzione aziendale gli indicatori di attività con cadenza trimestrale.

3.3. I referenti dei reparti afferenti

Per favorire una maggiore integrazione con i reparti che afferiscono alla *day surgery* è stato individuato un referente per ogni U.O. con il compito di:

- partecipare alla revisione del regolamento e dei protocolli operativi;

- diffondere il modello organizzativo presso i colleghi delle rispettive divisioni e favorire la corretta applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici;

- sollecitare e verificare la corretta compilazione della cartella clinica e della S.D.O.;

- partecipare ai programmi periodici di verifica della qualità gestionale.

3.4. Il personale

Per quanto riguarda il personale medico, non esiste una dotazione specifica in quanto i chirurghi afferiscono alle Unità operative di appartenenza e vengono distaccati solo nei giorni e negli orari loro assegnati per l'attività presso l'Unità di *day surgery*. Da un punto di vista operativo, di fatto transitano dall'Unità quasi cento medici diversi.

A sostegno dell'attività dei chirurghi, vengono coinvolti medici specializzandi, che collaborano alla compilazione delle cartelle cliniche e partecipano all'attività di sala operatoria.

Per le eventuali urgenze ci si avvale della presenza di un chirurgo a turno al mattino (guardia divisionale) e nel po-

meriggio e di notte della guardia interdivisionale.

Il personale infermieristico, invece, è dedicato. La dotazione organica prevede:

- 1 caposala;

- 6 infermieri professionali di cui 1 dedicato all'ambulatorio anestesio-logico.

La selezione del personale è avvenuta per avviso interno. Il personale selezionato ha partecipato ad un corso di formazione iniziale di 5 giorni.

Il personale della sala operatoria dedicata è composto da 5 infermieri professionali specificamente assegnati a tale sala (4). Anch'essi, in fase di avvio dell'attività di *day surgery*, hanno seguito un corso iniziale di formazione di 5 giornate.

È previsto un O.T.A. per la sala operatoria dedicata presente al mattino durante l'attività di *day surgery*.

Per quanto riguarda il personale ausiliario, dal 1997 l'azienda ha istituito il «Pool» degli ausiliari, che viene gestito centralmente da un dirigente infermieristico per tutto l'ospedale. Per quanto riguarda la *day surgery*, il *pool* si occupa sia del trasporto dei pazienti dal reparto alla sala operatoria dedicata e viceversa (per il trasporto alle altre sale interviene il personale OTA delle singole sale), sia del trasporto a orari predefiniti di provette, referti, altri documenti, materiale di magazzino, farmaci, ferri di sala operatoria da sterilizzare.

Al di fuori degli interventi standardizzati, ovviamente il *pool* interviene ogniqualvolta vi sia una richiesta telefonica da parte del reparto.

3.5. Spazi

Per quanto riguarda la logistica e gli spazi a disposizione dell'Unità, come si è detto il reparto (collocato al secondo piano di un'ala dell'ospedale) è sta-

to ristrutturato appositamente nel 1997.

Possiede una sala di attesa all'ingresso, dove solitamente attendono i pazienti che devono effettuare la visita anestesiológica. Attigua alla sala di attesa vi sono:

- lo spazio di segreteria e archivio, con un banco oltre il quale sono collocate delle scrivanie, dei *computer* e degli armadi, a disposizione del personale infermieristico;

- un ambulatorio nel quale viene effettuata l'accettazione dei pazienti per garantire loro un'adeguata *privacy*;

- la stanza del responsabile, utilizzata anche come sala riunioni di reparto.

Dopo questi primi locali si accede al reparto attraverso una porta. Nel reparto vi sono:

- 6 camere da 3 posti letto, di cui 5 provviste di servizi igienici;

- 1 camera con un unico posto letto;

- la sala degli infermieri;

- due salette adibite a mediceria e sala visita per le dimissioni dei pazienti;

- una piccola cucina;

- una stanza per il deposito della biancheria pulita;

- servizi igienici per il personale;

- servizi igienici per gli accompagnatori;

- un locale di deposito del materiale sporco.

La sala operatoria dedicata è collocata su un piano e in un'ala diversi dell'ospedale, nello spazio dedicato ai poliambulatori. Questo richiede per i pazienti un percorso un po' lungo, che comporta la discesa ad un passaggio sotterraneo e la risalita al secondo piano dell'ala in cui è collocata la sala.

Anche la sala operatoria, già funzionante per l'attività di chirurgia ambulatoriale e per i casi di IVG, è stata adeguata con alcune modifiche strutturali, in modo da separare la zona fil-

tro del personale e di preparazione del personale, lo spazio di preparazione dei pazienti, la zona di risveglio e la sala operatoria vera e propria.

Per quanto riguarda i requisiti tecnologici, con l'avvio dell'attività di *day surgery* si è potenziata la dotazione della sala in modo da renderla autonoma e idonea al tipo di interventi.

Le altre sale operatorie utilizzate dalle Unità chirurgiche sono invece collocate nella stessa ala dell'Unità di *day surgery* e dei reparti di degenza chirurgica, allo stesso piano (questo spiega anche in parte le resistenze di alcune Unità nel voler utilizzare la sala dedicata).

3.6. Orari

L'Unità di *day surgery* funziona in modo continuativo dalle 7.00 del lunedì alle 19.00 del venerdì.

È dunque prevista la possibilità di pernottamento dei pazienti e la loro dimissione entro le ore 9.00 del giorno dopo, senza modificare il regime di ricovero.

L'accettazione dei pazienti avviene nella prima mattinata, tra le 7.30 e le 8.30.

L'Ambulatorio anestesiológico inizia la sua attività alle ore 7.30 e termina alle 14.00, dal lunedì al venerdì.

Per quanto riguarda l'accettazione dei pazienti il reparto osserva quattro settimane di chiusura, tre durante il periodo estivo (Ferragosto) ed una nel periodo invernale (Natale).

Per la sala operatoria dedicata, l'orario di utilizzo, per gli interventi di *day surgery*, è dalle 8 alle 14.00 dal lunedì al venerdì. Il venerdì la seduta è dedicata alla Chirurgia dermatologica.

Oltre alla sala dedicata, vengono utilizzate anche altre sale operatorie, che alternano all'interno della stessa seduta interventi per ricoveri ordinari e in *day surgery* (come nel caso della Chirurgia generale ed epato-biliare o

delle due Unità ortopediche) o dedicano una seduta settimanale a interventi di *day surgery* (come nel caso dell'Urologia e della Chirurgia generale e d'urgenza). In ogni caso, gli interventi nelle sale operatorie non dedicate vengono effettuati sempre di mattina, dal lunedì al giovedì. I diversi reparti che non utilizzano la sala dedicata usufruiscono quindi dei posti di degenza, secondo gli orari delle sedute operatorie loro assegnate e di un protocollo proposto dal responsabile dell'Unità di *day surgery* ed approvato dal Dipartimento chirurgico.

3.7. Organizzazione interna

L'utilizzo dei posti letto e della sala operatoria dedicata è il cuore stesso dell'attività dell'Unità di *day surgery*, in quanto, come si è detto, quest'ultima si configura prettamente come struttura con funzioni organizzative e di coordinamento.

Occorre innanzi tutto distinguere tra:

- Unità che fanno uso dei posti letto di *day surgery* per interventi effettuati principalmente presso la sala operatoria dedicata (le tre Unità di Chirurgia generale: epatobiliare, toracica e d'urgenza);

- Unità che fanno uso dei posti letto della *day surgery* per interventi effettuati esclusivamente (o quasi) presso la propria sala operatoria (tutte le altre U.O.).

Nel primo caso, infatti, occorre assegnare i letti disponibili alle tre chirurgie a seconda del giorno di utilizzo della sala dedicata. Il ruolo della *day surgery* è maggiormente rilevante nell'organizzazione dell'attività operatoria. L'introduzione della lista unica ha permesso di superare il «collo di bottiglia» rappresentato dall'utilizzo a rotazione fissa della sala operatoria dedicata.

Nel secondo caso, invece, occorre assegnare i letti alle diverse Unità ope-

rative in funzione del giorno di utilizzazione della propria sala. La *day surgery* non entra nel merito della programmazione dell'attività operatoria e viene utilizzata principalmente come appoggio di propri pazienti, tanto è vero che alcuni medici la considerano come una sorta di «dependance» del proprio reparto, gestita da altro personale.

L'utilizzo del reparto di *day surgery* si configura quindi essenzialmente come richiesta di posti letto in funzione della loro attività operatoria, organizzata autonomamente.

Da un punto di vista operativo, il reparto si è dotato di:

— modulistica *ad hoc*:

a) nota informativa per il paziente (con le prescrizioni pre e post-operatorie);

b) questionario anamnestico;

c) richiesta per esami pre-operatori ambulatoriali;

d) richiesta per controlli post-operatori ambulatoriali;

e) schede di dimissione per il paziente e per il medico di base;

f) questionario di valutazione;

— linee guida per l'*iter* del paziente (un regolamento interno per omogeneizzare i comportamenti delle diverse Unità operative);

— *dépliant* di presentazione al pubblico dell'Unità di *day surgery*;

— cartella infermieristica;

Un discorso a parte merita l'informatizzazione, ancora in fase iniziale; attualmente sul *computer* vengono unicamente registrati i dati anagrafici del paziente, riportati in cartella clinica, mentre tutto il resto è ancora gestito manualmente; in questo periodo (inizio 1999) si sperimenta la cartella clinica informatizzata.

4. Il percorso del paziente

All'inizio dell'attività, ogni Unità operativa ha deciso al suo interno qua-

le tipo di intervento e in che percentuale trasferire all'attività di *day surgery*.

Le procedure di ingresso sono state in seguito standardizzate dall'Unità, attraverso moduli e fasi del percorso, che attualmente sono stati portati a regime (figura 3).

Successivamente il potenziamento della *day surgery* è stato inserito nella negoziazione del *budget* individuando per il 1998 tre obiettivi specifici (aumento del numero dei ricoveri in *day surgery*; aumento della percentuale dei ricoveri in *day surgery* sul totale dei ricoveri; aumento del peso medio dei DRG per dimesso in *day surgery*) e per il 1999 il trasferimento in *day surgery* del 80% degli interventi trasferibili.

4.1. Selezione del paziente

L'accesso all'attività di *day surgery* avviene attraverso una visita chirurgica, effettuata all'interno dell'azienda (poliambulatorio chirurgico) o all'esterno (ambulatorio libero professionale). Il chirurgo, dopo la valutazione preliminare consegna al paziente il modulo informativo sull'intervento chirurgico in *day surgery*, gli richiede la visita anestesiológica, contattando il servizio e lo inserisce nella lista operatoria (5).

Al paziente vengono successivamente comunicate telefonicamente dall'infermiera dell'ambulatorio anestesiológico la data e l'ora della visita. Il tempo di attesa è mediamente di due-tre settimane. La priorità viene solitamente assegnata ai bambini o a pazienti diabetici.

L'ambulatorio anestesiológico è inserito nell'organizzazione dell'Unità di *day surgery* ed effettua la completa valutazione preoperatoria per tutti i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici programmati, sia in regime di ricovero ordinario che in *day surgery*.

L'ambulatorio unico per le chirurgie, infatti, era già stato istituito prima della nascita della *day surgery* ed ha continuato a funzionare come ambulatorio «misto» (6).

Ogni giorno, l'ambulatorio anestesiológico (orario 8-14) valuta circa 15-18 persone. La lista viene gestita dall'infermiera dell'ambulatorio.

Il paziente che si reca all'ambulatorio viene prima invitato a compilare il questionario anamnestico, che viene firmato dal paziente e dall'infermiera, poi viene valutato dall'anestesista, il quale richiede gli esami necessari in base alle linee guida SIAARTI.

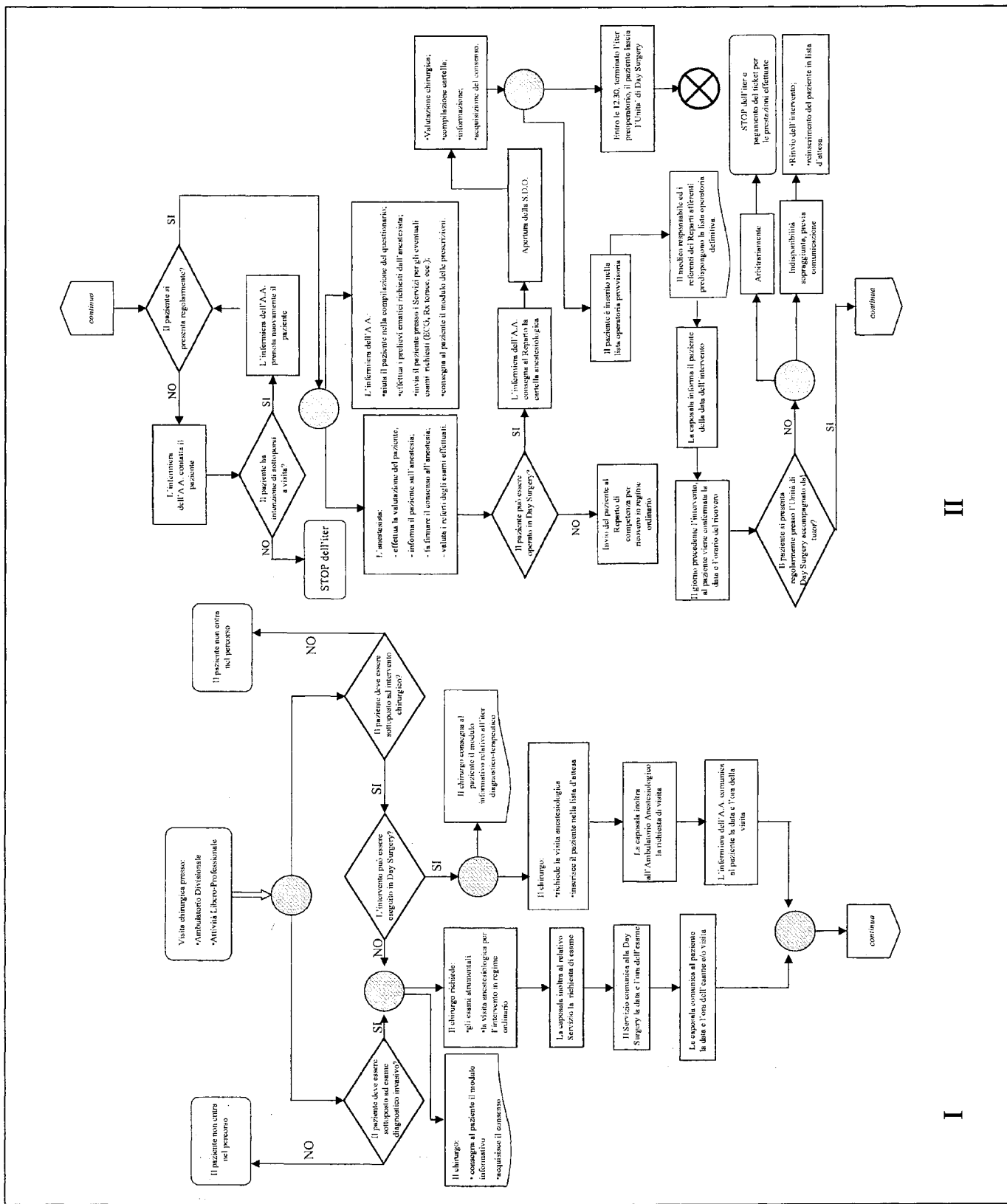
L'infermiera effettua i prelievi del sangue e invia il paziente ad effettuare eventuali ulteriori esami (ECG, Rx). Contestualmente viene aperta la cartella clinica.

Il nuovo primario di anestesia sulla scorta delle linee guida esistenti ha cercato di ridurre il numero degli esami aumentando l'importanza della visita clinica da parte dei medici anestesisti e soprattutto cercando di far passare la convinzione che è l'anestesista il vero responsabile della medicina in fase pre-operatoria. A questo approccio ovviamente si contrappongono alcune resistenze da parte degli stessi anestesisti (aumenta la loro responsabilità e quindi il rischio da un punto di vista medico-legale) e dei chirurghi, che tradizionalmente preferiscono operare con un numero maggiore di esami eseguiti (es. Rx torace, assetto emocoagulativo).

L'anestesista informa il paziente sul tipo di anestesia cui verrà sottoposto, gli fa firmare il consenso informato e consegna un opuscolo informativo in cui sono riportate le norme comportamentali da seguire fino al momento dell'intervento.

L'anestesista in genere riceve i referti degli esami dal laboratorio e degli esami radiologici entro le ore 13.00 e nella stessa mattinata è in gra-

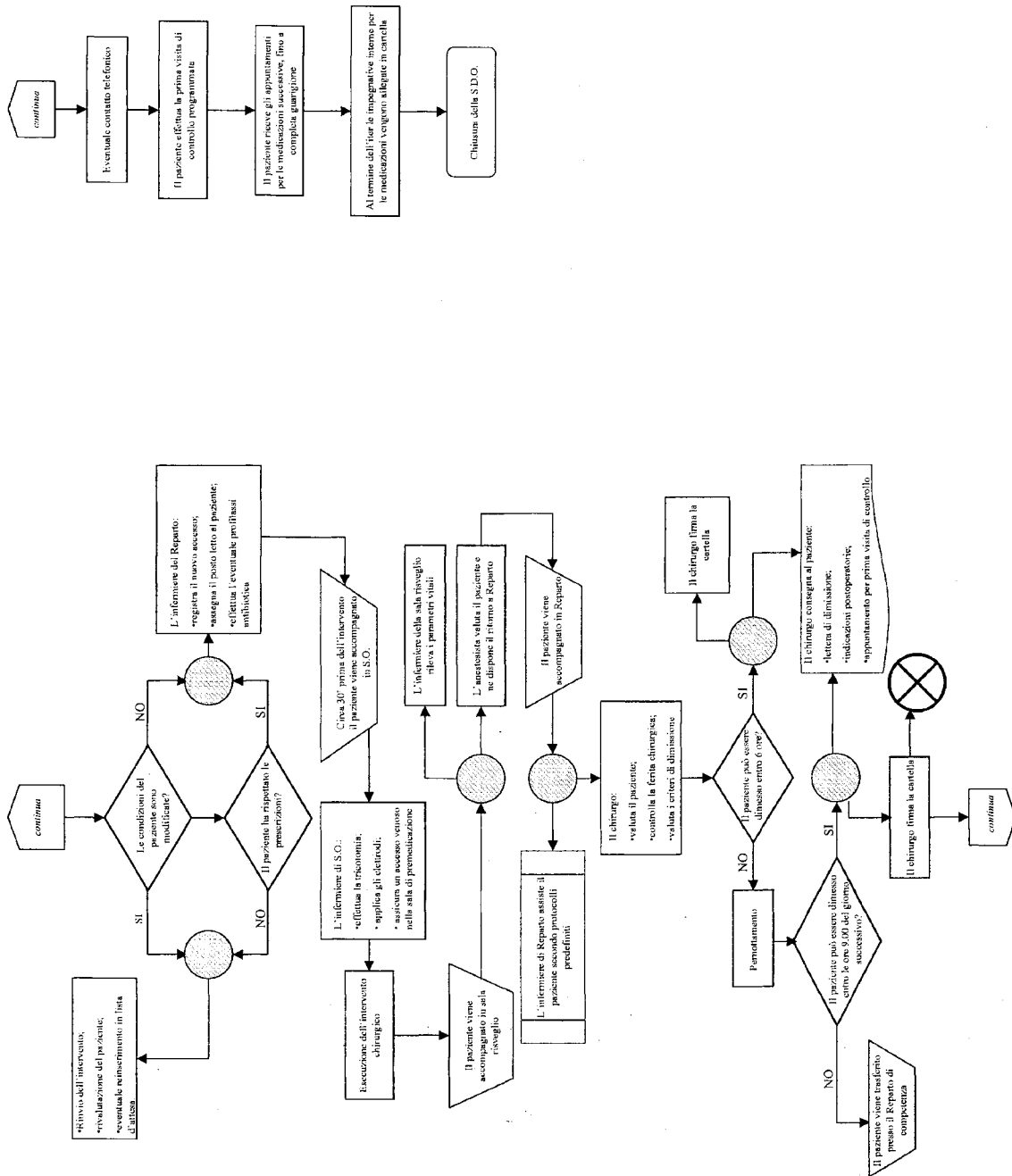
Figura 3 - Iter del paziente trattato in day surgery presso l'azienda ospedaliera di Terni



II

I

(segue) **Figura 3 - Iter del paziente trattato in day surgery presso l'azienda ospedaliera di Terni**



IV

III

do di confermare l'intervento in *day surgery*. Il paziente, che al momento della visita anestesiológica ha ricevuto una data indicativa per l'intervento, viene successivamente contattato dall'Unità di *day surgery*, per la conferma o l'eventuale modifica della data e dell'ora dell'intervento.

Inizialmente i criteri di accettazione tendevano a escludere alcuni pazienti per l'età o per le condizioni cliniche. Adesso, il pressoché unico criterio di esclusione è quello socio-familiare (es. residenza lontana dall'ospedale, impossibilità di essere seguito a domicilio), da un *tutor* mentre per le condizioni cliniche gli anestesisti accettano anche pazienti con ASA III.

4.2. Gestione delle liste operatorie

La gestione delle liste degli interventi operatori deve essere analizzata separatamente a seconda che si tratti di interventi effettuati nella sala dedicata alla *day surgery* o presso altre sale operatorie.

Nella sala dedicata vengono effettuati solo interventi delle tre chirurgie generali (U.O. Chirurgia epatobiliare, U.O. Chirurgia toracica, U.O. Chirurgia generale e d'urgenza) attraverso un'unica lista.

Entro il 20 di ogni mese in base alla disponibilità comunicata dal Servizio di anestesia ed al numero dei pazienti in lista di attesa per singolo reparto, il responsabile dell'Unità di *day surgery* attribuisce le sedute operatorie del mese successivo ed insieme ai referenti dei reparti, procede alla programmazione degli interventi per il mese successivo, valutando la possibilità di far coincidere la data già data al paziente dal chirurgo che lo ha in carico con la disponibilità della sala. In genere le date vengono confermate.

Dopo l'inserimento nella lista operatoria, in caso di indisponibilità del paziente, la caposala provvede alla sua

sostituzione attingendo dalla lista dei pazienti già sottoposti a valutazione anestesiológica secondo l'ordine cronologico, il tipo dell'intervento ed il chirurgo referente.

In sala dedicata vengono eseguiti in media 120-140 interventi al mese. In genere la chirurgia toracica esegue la quasi totalità degli interventi di *day surgery* nella sala dedicata, mentre le altre due chirurgie effettuano circa il 20% degli interventi di *day surgery* all'interno di sedute dedicate ordinarie nelle sale operatorie del blocco centrale (utilizzando sempre posti letto dell'Unità di *day surgery*).

Discorso a parte merita invece la programmazione degli interventi effettuati dalle altre Unità operative che utilizzano i posti letto dell'Unità di *day surgery* (principalmente si tratta della Divisione ortopedica, della Clinica ortopedica e dell'Urologia, cui si aggiungono con minore frequenza i reparti di ORL, Chirurgia maxillo facciale, odontostomatologia, neurochirurgia oltre che il servizio di endoscopia digestiva e radiologia interventistica). Gli interventi chirurgici e le procedure invasive vengono effettuati da tali reparti unicamente nelle loro sale, per cui il problema è solo quello di programmare la disponibilità dei posti letto. In genere i reparti sanno già di quanti letti possono disporre settimanalmente e ne chiedono la conferma il giorno prima dell'intervento.

È raro che l'Unità di *day surgery* abbia problemi di posti letto; il tasso di occupazione dei 19 posti era di circa il 76% prima della riorganizzazione dell'attività chirurgica mentre negli ultimi tre mesi è salito al 94%.

Per i posti letto alcune richieste possono venire anche all'ultimo momento dai reparti e in genere l'Unità riesce a soddisfare le singole richieste.

La collocazione degli interventi di *day surgery* svolti all'interno di sedute ordinarie dipende in genere dal chi-

urgo che effettua l'intervento; in questi casi (es. Clinica ortopedica o Chirurgia generale) gli interventi di *day surgery* vengono collocati al termine o tra interventi maggiori.

Per quanto riguarda la gestione del paziente il giorno dell'intervento, è standardizzata nel modo seguente:

— il paziente arriva accompagnato da un *tutor* e gli viene assegnato un posto letto (7);

— il personale infermieristico controlla il rispetto delle prescrizioni preoperatorie e la corretta esecuzione della tricotomia; il paziente viene visitato brevemente anche dal chirurgo prima dell'intervento;

— il paziente trenta minuti prima dell'intervento viene accompagnato in sala operatoria (dagli ausiliari del *pool* e/o dall'OTA della sala operatoria);

— il paziente viene preparato all'intervento dall'*équipe* di sala operatoria (nella maggior parte dei casi, benché il paziente sia stato informato al momento della visita anestesiológica delle «regole» da rispettare per prepararsi all'intervento, l'*équipe* deve operare la tricotomia e verificare in generale il rispetto di tali regole);

— dopo l'intervento chirurgico il paziente viene portato nella sala di risveglio dove viene valutato, e quindi ricompagnato dal personale (ausiliari del *pool* o OTA) all'Unità di *day surgery*;

— il personale infermieristico somministra la terapia ed applica i protocolli assistenziali.

4.3. Dimissioni

Le dimissioni dei pazienti avvengono il pomeriggio stesso o il mattino successivo entro le ore 9.00, in base al rispetto di criteri che sono stati definiti in un protocollo di dimissione. Il paziente viene dimesso con visita del chirurgo che ha effettuato l'intervento

o di altro medico, sulla base delle indicazioni ricevute; la visita per le dimissioni viene effettuata in un'apposita medicheria e non nella stanza. Alcune criticità si generano rispetto alle dimissioni del mattino, in quanto non sempre i medici si rendono disponibili entro le 9.00 e alcune dimissioni slittano a metà o anche a fine mattinata (creando talvolta problemi di disponibilità di posti letto per i nuovi ingressi).

Il paziente viene dimesso con informazioni scritte dettagliate rispetto al decorso post-operatorio, il numero di reperibilità attivo 24 ore su 24, la relazione clinica per il medico di medicina generale, contenente un estratto della cartella relativo ai dati salienti del ricovero e il modulo per i controlli post-operatori.

Il primo controllo viene normalmente effettuato dopo 48 ore (per l'ortopedia dopo 5-6 giorni), presso l'Unità di *day surgery* o presso il poliambulatorio chirurgico o l'ambulatorio di reparto (es. Clinica ortopedica). A seconda del tipo di intervento vengono effettuati eventuali ulteriori controlli, sino alla chiusura della cartella e relativa S.D.O. (max 30 giorni dopo l'intervento).

5. I risultati del triennio 1996-1998

Dal 1995 l'azienda ha attivato il sistema informativo interno per il controllo di gestione attraverso il quale rileva ed elabora i dati di attività di tutte le strutture.

Questo sistema informativo ha così consentito di monitorare nel tempo lo sviluppo dell'attività di *day surgery*, evidenziando in particolare il contributo fornito da ogni singola Unità operativa.

I dati vengono rilevati e consegnati ai responsabili di singola Unità con cadenza trimestrale. Pur non essendo ancora attivato un sistema di *budget*

che leghi la rilevazione statistica delle attività alla definizione di obiettivi e alla quantificazione di risorse per singola Unità operativa (l'obiettivo della Direzione aziendale è quello di sperimentare nel 1999 una prima forma di *budget*), tali dati forniscono comunque un «pannello di controllo» utile per le singole Unità.

Per quanto riguarda in particolare l'attività di *day surgery*, i dati sono in grado di fornire, per ogni singola Unità:

- il numero ricoveri, distinti in DRG medici e chirurgici;
- la provenienza del paziente;
- le giornate di degenza;
- la degenza media;
- il tasso di utilizzo;
- il peso medio dei DRG per dimesso;
- i primi 10 DRG più trattati.

Questi dati possono essere confrontati:

- con i ricoveri ordinari della stessa Unità;
- con i ricoveri di *day surgery* di altre Unità;
- nel tempo, con gli stessi dati rilevati nel periodo precedente.

In tabella 2 vengono forniti i dati di sintesi sugli interventi chirurgici trasferiti in *day surgery* relativi al 1996, quando l'Unità di *day surgery* non era stata ancora attivata, al 1997 e al 1998.

In tabella 3 viene condotta un'analisi più approfondita sui ricoveri effettuati nel 1998 dalle singole Unità operative che effettuano attività di *day surgery*; oltre ai dati assoluti e percentuali di ricovero in regime ordinario e in *day surgery* sul totale dei ricoveri,

la tabella valuta la percentuale di interventi potenzialmente trasferibili in *day surgery* sulla base delle liste elaborate dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e recepite dalla Regione Umbria. Tuttavia, ai fini valutativi, più che la percentuale di casi trattati, è interessante analizzare la copertura dei casi potenzialmente trattabili in *day surgery*, da ogni singola Unità, calcolando la percentuale di interventi potenzialmente trasferibili in *day surgery* realmente trasferiti nel 1998. Questo dato ci consente di valutare «le performances» di ogni Unità, vale a dire il grado di copertura dell'obiettivo di massimo trasferimento (100%) e quindi i margini di incremento dell'attività di *day surgery* rispetto alla situazione attuale.

Infine, in tabella 4 vengono indicati, per le sole tre Chirurgie generali dell'azienda (toracica, epatica e d'urgenza) i dati aggregati relativi a ricoveri ordinari e in *day surgery*, distinguendo però la percentuale di DRG medici e chirurgici sul totale dei ricoveri e il loro peso medio.

Dall'insieme dei dati forniti possiamo trarre alcune indicazioni generali:

a) innanzitutto, un incremento dell'attività di *day surgery* sia in termini assoluti, sia in termini relativi rispetto ai ricoveri ordinari; questi ultimi, infatti, tendono a ridursi, come definito nella programmazione aziendale;

b) tutte le Unità hanno ormai una percentuale di interventi in *day surgery* superiore al 20%; alcune si attestano su percentuali già abbastanza

Tabella 2 - Percentuale interventi trasferiti in *day surgery* prima e dopo l'attivazione dell'Unità dedicata

Anno	Totale interventi	Ricoveri ordinari	Ricoveri <i>day surgery</i>	% interv. trasferiti	Trasferibilità raggiunta
1996	8398	7593	796	9.5%	20.1%
1997	7236	5422	1814	25.2%	48.8%
1998	7348	4893	2491	33.9%	59.2%

Tabella 3 - Dati assoluti e percentuali sui ricoveri e grado di copertura degli interventi trasferibili in regime di *day surgery*. Anno 1998

	Totale ricoveri	Ricoveri ordinari		Ricoveri <i>day surgery</i>		Interventi trasferibili in <i>day surgery</i>		Grado di copertura	Margine di intervento
	(A)	(B)	(B/A)	(C)	(C/A)	(D)	(D/A)	(C/D)	(D-C)
Chirurgia generale e toracica	1457	974	66.8%	483	33.2%	673	46.2%	71.8%	190
Chirurgia generale e epatica.....	1350	1005	74.4%	345	25.6%	819	60.7%	42.1%	474
Chirurgia generale e d'urgenza	1098	643	58.6%	455	41.4%	688	62.7%	66.1%	233
Urologia	960	657	68.4%	303	31.6%	489	50.9%	61.9%	186
Divisione ortopedica	1240	581	46.9%	659	53.1%	787	63.5%	83.7%	128
Clinica ortopedica	1279	1033	80.8%	246	19.2%	751	58.7%	32.8%	505
Totale (e medie)	7348	4893	66.3%	2491	33.7%	4207	57.0%	59.2%	1716

Tabella 4 - Analisi dei ricoveri ordinari e in *day surgery* delle unità di Chirurgia generale (dati cumulati)

Anno	Ricoveri ordinari			Ricoveri <i>day surgery</i>		
	N.	DRG medici	Peso medio	N.	DRG medici	Peso medio
1996	5488	37.3%	1.32	1074	71.4%	0.72
1997	4890	39.7%	1.39	1666	30.5%	0.74
1998	4496	41.0%	1.44	2138	34.9%	0.74

elevate (in particolare la divisione ortopedica al 53.1%, la Chirurgia generale e d'urgenza al 41.4% la Chirurgia generale e toracica al 33.2% e l'Urologia al 31.6%);

c) analizzando poi il grado di copertura degli interventi trasferibili in *day surgery* possiamo notare che:

— per quanto riguarda l'area ortopedica, la Divisione ortopedica ha margini di incremento ridotti (dal 53.1% può aumentare sino al 63.5%), mentre la Clinica ortopedica può passare dal 19.2% al 58.7%;

— per quanto riguarda le tre Chirurgie generali, mediamente ognuna ha margini di incremento elevati; tuttavia, proporzionalmente, è la Chirurgia generale ed epatobiliare quella che ha margini di miglioramento più elevati, potendo trasferire in *day surgery* un ulteriore 47.2% dell'attività ordinaria; la Chirurgia generale e d'urgenza (percentuale attuale 41,4%) può trasferire ancora il 36.2% della propria attività ordinaria, mentre la Chirurgia

toracica, con una percentuale di interventi in *day surgery* del 33.2% in realtà ha già trasferito in *day surgery* il 71.8% dell'attività;

— anche l'Urologia, pur avendo una percentuale elevata di casi trattati (31.6%) sul totale dei ricoveri, copre attualmente il 61.9% degli interventi trasferibili, con margini di miglioramento elevati;

d) il peso percentuale dei DRG trattati in ricovero ordinario tende a crescere, confermando così che l'attività di *day surgery* riesce a «liberare» il reparto dal trattamento di patologie meno complesse;

e) aumenta la percentuale dei DRG chirurgici sul totale dei casi trattati in *day surgery* ed aumenta anche il peso medio del singolo DRG, questo dato lascia supporre un migliore utilizzo del *day surgery* a fini terapeutici e non diagnostici ed una sua crescente appropriatezza.

Complessivamente, i dati confermano uno sviluppo rapido e tuttora

fortemente dinamico dell'attività di *day surgery*; mediamente in area chirurgica più del 30% degli interventi vengono condotti in *day surgery* e si prevede di incrementare nei prossimi anni tale percentuale sino a circa il 57% dell'attività.

Parallelamente, è rilevante il fatto che vi sia stato negli ultimi due anni un ridimensionamento di 60 posti letto in area chirurgica. Negli anni successivi, oltre ad un ulteriore ridimensionamento di posti letto (con margini tuttavia progressivamente ridotti), i risultati attesi prevedono un incremento della qualità dei casi trattati (tipologia di interventi, *case mix*) sia in attività ordinaria che di *day surgery*.

Le strategie dell'azienda, le prospettive future dell'Unità di *day surgery* e le potenzialità del modello adottato nel raggiungimento di tali risultati sono analizzati nel prossimo paragrafo.

6. Lo sviluppo dell'attività di *day surgery* tra percezioni positive e criticità operative

Osservando i dati, si nota innanzitutto che l'attività di *day surgery* si è sviluppata nell'azienda ospedaliera di Terni in modo alquanto rapido e con molta efficienza. Nell'arco di due anni l'insieme delle Unità chirurgiche ha raggiunto una percentuale di interventi in regime di *day surgery* superiore al 30% degli interventi complessivi.

Anche se in modo eterogeneo tra i vari reparti, nei primi sei mesi del 1998 tutte le Unità operative chirurgiche hanno incrementato la quota di interventi trasferiti in *day surgery*. Si tratta di un risultato sicuramente molto positivo, segno di un buon funzionamento del modello sperimentato, di un atteggiamento culturale ormai favorevole a questa modalità innovativa sia da parte del personale medico che della popolazione.

A conferma di questo, aumenta anche il numero di cittadini che chiedono espressamente di essere operati in regime di un giorno, così come maggiore è l'informazione e la sensibilizzazione dei medici di medicina generale, dati anche i risultati ormai consolidati dall'azienda.

Va ulteriormente aggiunto che il non verificarsi di casi di dimissioni premature o di gravi errori connessi all'intervento in *day surgery* ha ulteriormente tranquillizzato gli operatori (ad esempio gli anestesisti) e i cittadini sulla sicurezza e affidabilità della nuova pratica.

Questa percezione di successo è confermata anche dalle dichiarazioni del personale medico; tutti i chirurghi intervistati manifestano un'opinione molto favorevole dell'Unità di *day surgery*.

Per alcuni, la *day surgery* va soprattutto a beneficio del paziente, in termini di qualità dell'assistenza, sia dal punto di vista dei tempi di intervento

che alberghiero; questo, di conseguenza, si traduce anche in un miglioramento dell'immagine dell'ospedale e in un aumento della sua attrattività.

Per altri (soprattutto i chirurghi più giovani) la *day surgery* ha prodotto un risparmio per l'azienda, consentendo un uso più efficiente delle risorse; da questo punto di vista, il fatto che si tratti di un'unità multispecialistica gioca sicuramente a favore, per le economie di scala che produce. Il risparmio è stato indotto anche dalla riduzione di esami pre-operatori, attraverso delle linee guida da parte degli anestesisti che hanno mirato a ridurre gli esami inutili (anche se con qualche conflitto e relativo compromesso con i chirurghi).

Per i reparti più specialistici (Chirurgia toracica, Clinica ortopedica), l'esperienza sinora condotta di *day surgery* viene valutata positivamente soprattutto perché ha consentito uno sbocco pianificato per la piccola chirurgia, con il doppio vantaggio di introdurre da un lato criteri più stabili e precisi di gestione della lista di attesa per questo tipo di interventi, dall'altro di consentire una riqualificazione del reparto con la selezione degli interventi di maggiore entità. La *day surgery* viene vista inoltre come un'occasione formativa e di apprendimento preziosa per i giovani chirurghi.

Anche il fatto che vi sia un ambulatorio anestesilogico unico è considerato un fatto molto positivo sia per i reparti che per i pazienti. D'altra parte l'ambulatorio anestesilogico unico preesisteva alla nascita della *day surgery* ed aveva già prodotto i suoi benefici: in passato talvolta gli anestesisti si erano trovati con un numero elevato di pazienti da visitare il giorno prima dell'intervento, mentre con l'ambulatorio era divenuto possibile programmare meglio tutti i ricoveri ordinari. Estendendolo alla *day surgery*, l'ambulatorio consente di ef-

fettuare l'intervento con una valutazione del paziente più accurata e preventiva.

Dal punto di vista organizzativo, un elemento di grande rilievo è dato dalla possibilità di pernottamento. Il fatto di poter considerare come *day surgery* ogni ricovero dimesso entro le 24 ore produce infatti una serie di conseguenze:

— innanzitutto, è una garanzia maggiore per gli anestesisti e per i chirurghi sulla possibilità di controllare il decorso post-operatorio e quindi di far accedere alla *day surgery* anche pazienti più «a rischio»;

— secondariamente, «diluisce» maggiormente nel corso della giornata l'attività di reparto, non dovendo concentrare tutte le dimissioni al pomeriggio e le accettazioni nelle prime ore del mattino;

— terzo, può incidere psicologicamente in modo positivo sui pazienti, tranquillizzandoli maggiormente (e quindi aumentare la loro attenzione e disponibilità a questo tipo di intervento).

Se i dati e le percezioni dei medici confermano l'immagine di un'attività cresciuta in tempi rapidi e con risultati positivi, l'aumento dei volumi ha fatto progressivamente emergere alcuni problemi o vincoli ad uno sviluppo più compiuto.

Il primo e vero «collo di bottiglia» al riguardo è stato sin dall'inizio dell'attività l'utilizzo della sala operatoria dedicata.

Dal punto di vista dello spazio e dei posti letti non vi sono infatti particolari problemi; salvo i casi in cui non si riescono ad effettuare le dimissioni al mattino prima dell'arrivo del nuovo paziente (ma si tratta di una disfunzione organizzativa e non di un problema di dotazione di posti letto), non si creano mai problemi relativi alla disponibilità di posti; anzi, a giudicare dai tassi di occupazione, gli attuali 19 posti letto

sono anche sovradimensionati rispetto all'attività reale.

Tuttavia non sono affatto sovradimensionati rispetto all'attività potenziale della *day surgery*, che potrebbe ulteriormente crescere se vi fosse una maggiore disponibilità di sale operatorie. Tale mancanza di disponibilità non dipende solo dalla mancanza di sale, (infatti con una ristrutturazione si potrebbero ricavare altri letti operatori), ma soprattutto di anestesisti.

Nello stesso tempo, il responsabile del servizio anestesia ha condotto alcune rilevazioni per dimostrare che non sempre la sala dedicata viene utilizzata in modo ottimale; vi sono casi di interventi programmati e non effettuati, di interventi più propriamente di chirurgia ambulatoriale che non richiederebbero l'uso della sala (o almeno non nelle sedute dedicate a interventi di *day surgery*, che tengono occupato un medico anestesista), o di ritardi nell'inizio degli interventi o altre perdite di tempo.

Il problema della sala dedicata in realtà è sempre stato maggiormente sentito da quelle Unità operative che hanno liste di attesa più lunghe per interventi di *day surgery* (in particolare la Chirurgia toracica), mentre è meno rilevante per altre che hanno liste più corte (Chirurgia epatobiliare). Il fatto che per lungo tempo vi fossero liste separate per le tre chirurgie che utilizzavano la sala dedicata ha fatto sì che si creassero tempi di attesa per il paziente diversi — per lo stesso intervento, es. un'ernia — a seconda del chirurgo (quindi del reparto) da cui veniva operato.

Per ovviare a tali problemi, a seguito dello studio condotto dal responsabile del servizio anestesia (responsabile anche delle sale operatorie) sono state introdotte nuove regole nella gestione delle sale operatorie, al fine di aumentare il numero di interventi realizzabili senza aumentare il numero di

sedute (e quindi i turni degli anestesisti). Oltre alla riorganizzazione del personale e all'introduzione di nuove regole per l'utilizzo delle sale (con l'individuazione di indicatori di efficienza da valutare regolarmente) è stata introdotta la lista unica per gli interventi in regime di *day surgery*. Questi non vengono più gestiti dalle singole Unità operative afferenti all'Unità, ma dal responsabile dell'Unità stessa, che può programmare in modo più flessibile (ottimizzazione dell'utilizzo delle sale rispetto al tipo di interventi praticati) ed equilibrato (livellamento dei tempi di attesa dei pazienti trattati per le stesse patologie) le sedute operatorie.

In questo modo l'Unità di *day surgery* non si limita a verificare la disponibilità delle sale per le singole Unità, come avveniva in passato, ma entra maggiormente nel merito del tipo di interventi effettuati e delle priorità, in quanto la programmazione non parte più dall'Unità che opera ma dal tipo di intervento. La razionalizzazione, ampliando il numero di interventi, potrà così consentire di trasferire anche un numero maggiore di interventi attualmente effettuati in altre sale nella sala dedicata alla *day surgery* (compresi, ad esempio, quelli dell'Urologia, che utilizzano quasi esclusivamente la loro sala).

Come è evidente, alcuni reparti erano contrari a questa perdita di autonomia nella gestione delle liste mentre altri l'hanno vista con favore.

Un'altra possibilità, pure allo studio del responsabile dell'Unità di *day surgery*, è quella di utilizzare un unico anestesista per due letti all'interno della stessa sala, in modo da aumentare il numero di interventi all'interno della stessa seduta (tra l'altro, questa prassi è già diffusa in alcune Unità operative).

Nel funzionamento quotidiano, l'Unità incontra altri piccoli problemi di natura organizzativa e operativa.

Secondo alcuni chirurghi, al di là del problema della disponibilità della sala, permane un problema di carenza di anestesisti o di atteggiamento «impiegatizio» degli stessi, che tendono a non voler oltrepassare, qualora capiti, l'orario di chiusura della sala operatoria.

In alcuni casi (Urologia, in particolare), l'assenza dell'anestesista viene risolta effettuando gli interventi di *day surgery* su un un secondo letto di una sala operatoria in cui vengono effettuati gli interventi ordinari, in modo da poter contare sull'anestesista già presente in sala (ma non all'intervento); in pratica tutti gli interventi in anestesia locale vengono direttamente svolti senza anestesista, ma confidando su una possibilità di consultarlo in caso di necessità. La Chirurgia epatobiliare, invece, non sempre fa ricorso all'anestesista nella sala dedicata giacché molti interventi sono minori.

In ogni caso, l'utilizzo della sala dedicata è stato sin dall'inizio alquanto problematico; i chirurghi, infatti, non vedevano di buon occhio il fatto di doversi spostare in un'altra ala dell'ospedale per effettuare gli interventi, sia per ragioni di praticità (perdita di tempo, sala meno attrezzata della «loro») che di sicurezza del paziente; ritenevano assurdo, ad esempio, che il paziente dovesse percorrere sia all'andata che (soprattutto) al ritorno dalla sala un corridoio sotterraneo, peraltro sprovvisto di segnale per la rete telefonica interna. Queste difficoltà nel tempo sono state in parte superate, con una migliore dotazione della sala e, soprattutto, perché comunque non vi erano alternative per le Unità operative per ampliare il loro numero di interventi in *day surgery*; anche in questo caso, ovviamente, si fa molto meno re-

sistenza quando la propria lista di attesa è più lunga...

In realtà attualmente gli unici problemi di sala operatoria riguardano più il personale infermieristico: ad esempio, la mancanza di uno sterilizzatore dei ferri li obbliga a continue richieste o viaggi in altri reparti per garantire la disponibilità; la dipendenza dal pull degli ausiliari per il trasporto dei pazienti obbliga a continue richieste telefoniche. Sentendosi collocati in posizione isolata dai reparti, vorrebbero maggiore autonomia di personale e di attrezzature. Il loro problema è in parte anche riconducibile al fatto che, pur essendo loro referente medico il responsabile dell'Unità di *day surgery*, quest'ultimo è molto più presente in reparto che in sala operatoria, quindi talvolta non hanno la possibilità di risolvere in tempi rapidi i problemi (di richiesta di personale, di incomprensioni con gli anestesisti o con i chirurghi, ecc.).

Un altro piccolo vincolo operativo è dato dall'utilizzo misto dell'ambulatorio anestesiológico (per pazienti che dovranno subire interventi in ricovero ordinario e di *day surgery*), che fa aumentare le liste di attesa e costringe talvolta a rimandare la data dell'intervento già fissata dal reparto oppure a comprimere un numero molto elevato di visite nello stesso giorno, a scapito del paziente (gli ultimi aspettano a digiuno anche diverse ore) e della durata media della visita.

D'altronde non vi sono percorsi privilegiati per la *day surgery* per quanto riguarda gli esami di laboratorio o radiologici, per cui i tempi non possono essere ulteriormente compressi. L'assenza di percorsi privilegiati comporta altre piccole disfunzioni: ad esempio, dovendo consegnare al laboratorio analisi i campioni e le richieste entro le 11 del mattino, l'anestesista non ha il tempo di valutare per tutti i pazienti in visita quali esami prescrivere, con il

rischio di prescrivere più esami di quanti realmente necessari.

L'aumento dei volumi di attività si è sicuramente riflesso su un maggior carico di lavoro e in una trasformazione del lavoro stesso da parte degli infermieri.

Da un lato si tratta di personale che ha risposto ad un avviso interno e quindi «ha scelto» di entrare a far parte di questa Unità e di sperimentare insieme al responsabile qualcosa di nuovo e di incognito. Questo fa sì che tutti si sentano un po' «pionieri» in questa esperienza e corresponsabili del successo/insuccesso del reparto; il clima è di motivazione e di soddisfazione per i buoni risultati riscontrati.

Nel funzionamento del reparto, il responsabile sin dall'inizio ha organizzato delle riunioni bisettimanali con il personale per discutere di eventuali problemi; è stato anche somministrato ai pazienti un questionario di valutazione, i cui risultati sono stati oggetto di valutazione e di discussione all'interno del reparto.

La soddisfazione non deriva solo dalla qualità percepita dai pazienti. Per gli infermieri è motivo di vanto rendersi conto che progressivamente le diverse Unità operative che gravitano intorno alla *day surgery* hanno acquisito fiducia nei loro confronti e familiarità con il reparto. Ogni giorno è un continuo via vai di medici, di familiari, di dimessi, di ausiliari che trasportano i pazienti.

Proprio questo continuo dinamismo e ricambio di interlocutori (pazienti, famiglie, medici che ruotano) è tuttavia al tempo stesso una fonte di stress per gli infermieri, che lamentano una mancanza di tempo per fermarsi a parlare con il singolo paziente o familiare, aver cura delle relazioni; si sentono come all'interno di un ciclo produttivo, che inizia ogni mattina alle 7.00 e trova pace solo nel pomeriggio, con le prime dimissioni.

I 5 infermieri attualmente ruotano in tre turni (2 la mattina, 2 il pomeriggio, 1 la notte); tuttavia la vera congestione operativa si verifica la mattina quando contemporaneamente occorre:

— seguire le dimissioni dei pazienti che hanno pernottato e preparare i relativi letti;

— fare l'accettazione dei nuovi arrivati, che comprende l'apertura della cartella e la registrazione dei dati, oltre che l'accompagnamento al proprio letto;

— preparare i pazienti che dovranno essere operati;

— contattare la *pool* degli ausiliari per le varie richieste di trasporto;

— tenere un continuo rapporto con i medici che vengono a fare le visite per le dimissioni o di controllo (la medicheria del reparto viene infatti utilizzata anche per i controlli periodici dei dimessi, per cui talvolta il corridoio si riempie di persone in attesa — in piedi — del proprio turno di vista).

Il problema del sovraccarico di lavoro degli infermieri è stato per un certo periodo accentuato dall'assenza della figura della capo sala, attualmente risolto con una nuova assunzione. Tuttavia, al di là di una considerazione di tipo quantitativo, il problema lamentato dagli infermieri può essere visto come una conseguenza «naturale» del modello di *day surgery* adottato, la fisiologica conseguenza del tipo di funzionamento che esso sottende.

Al termine di questa analisi, dobbiamo dunque interrogarci sulle caratteristiche del modello di funzionamento dell'Unità di *day surgery* dell'azienda ospedaliera di Terni, che al di là degli aspetti strutturali o regolamentativi si configura principalmente come un caso di innovazione organizzativa e culturale. Nel capitolo conclusivo cercheremo di analizzare meglio le condizioni che hanno attivato e reso possibile tale processo innovativo.

7. L'analisi del modello: le condizioni per l'innovazione e il cambiamento

Volendo analizzare e comprendere il tipo di modello organizzativo adottato dall'Unità di *day surgery* dell'azienda ospedaliera di Terni, dobbiamo innanzitutto ricostruire le logiche sulla base delle quali funziona.

Partiamo dal ruolo degli infermieri, che svolgono un ruolo cruciale. Innanzitutto essi garantiscono la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza. Sono loro infatti i responsabili di un'assistenza alberghiera e sanitaria che richiede tempi brevi e quindi non consente (o molto meno rispetto ad un reparto con ricoveri ordinari) ritardi nel rispetto dei tempi, inefficienze nell'utilizzo degli spazi, assenza di informazioni precise e tempestive da dare al paziente, alle famiglie e ai chirurghi. In tutto questo, però, essi lamentano il fatto che la loro professione si snatura in un certo qual senso, in quanto «non vedono più il paziente».

Questa caratteristica è ulteriormente accentuata dal fatto che si tratta di una *day surgery* multidisciplinare, dove gli infermieri sono a contatto con una pluralità di patologie e soprattutto di chirurghi differenti: devono ricordare il tipo di farmaci da somministrare, devono costantemente chiamare i medici o rispondere alle loro richieste sul tale e tale paziente, devono insomma gestire comunicazioni e problemi di coordinamento molto più che in un reparto «normale».

Di fatto, il modello di *day surgery* multidisciplinare adottato presso l'azienda ospedaliera di Terni fa sì che l'Unità costruisca il proprio successo principalmente (se non unicamente) su una capacità di tipo organizzativo, vale a dire sull'utilizzo ottimale delle risorse comuni a più U.O., piuttosto che sulla competenza professionale.

L'Unità diventa un fornitore «just in time» di spazi, posti letto, informazio-

ni, servizi vari (dalla tenuta delle cartelle alla somministrazione di terapie) per pazienti di altre Unità, seguiti da decine di chirurghi diversi che fanno uso della struttura senza tuttavia appartenervi. Nell'arco di una giornata tutto deve funzionare a perfezione: le dimissioni entro tale ora, il nuovo paziente che arriva a tal'altra, interventi, terapie, dimissioni, in un ciclo che si rinnova di continuo.

In questo funzionamento, inoltre, l'attività svolta dalle diverse Unità operative che si avvalgono della *day surgery* costituisce una sorta di vincolo, su cui non è possibile agire se non in modo indiretto; l'efficienza o l'inefficienza organizzativa del reparto, così come la competenza o l'errore del chirurgo, hanno delle ripercussioni sull'efficienza e sull'efficacia dell'attività della *day surgery*, senza che questa abbia l'autorità per potervi incidere direttamente (ad esempio modificando alcune regole organizzative interne ai reparti o intervenendo su aspetti di natura clinico-professionale).

Ad esempio, prima dell'introduzione della lista unica, la stessa *équipe* di sala operatoria dedicata lamentava il fatto che talvolta la mattina stessa degli interventi non avevano ancora ricevuto la lista ufficiale, con tutti i disagi conseguenti relativi all'approvvigionamento di ferri o di altro materiale, alla programmazione dei flussi di pazienti, all'organizzazione della sala. Anche queste disfunzioni sono diretta conseguenza di un uso multidisciplinare della *day surgery*, ma con ampi margini di autonomia operativa da parte delle singole Unità operative; in altri termini si delega tutto il coordinamento operativo dell'attività, senza tuttavia fornire tutte le risorse e le informazioni necessarie per farlo in modo ottimale. Questo spiega, d'altronde, perché il problema della lista di attesa unica sia emerso come una

necessità improrogabile per il buon funzionamento dell'Unità.

Gli unici strumenti di cui la *day surgery* multidisciplinare dispone per incidere sui risultati della propria attività sono:

— il regolamento della *day surgery*, vale a dire delle regole interne precise, ben comunicate e quanto più possibile condivise (il cui rispetto abbia un interesse anche per le Unità operative che se ne avvalgono o, viceversa, il cui non rispetto le penalizzi in qualche modo);

— la capacità di mettere in conflitto o in contrapposizione le Unità operative, facendo leva su quelle che possono avere maggiore interesse a rafforzare la propria autonomia (ad esempio il problema delle sale operatorie, chiamando in causa un terzo, il responsabile del servizio anestesia o la Direzione sanitaria);

— la capacità di valorizzare i risultati raggiunti mobilitando ulteriori risorse dalla Direzione generale dell'azienda.

Dal punto di vista delle Unità operative chirurgiche, rispetto alle loro logiche tradizionali di funzionamento (del tipo: «il paziente è mio e quanto più sono bravo tanto più aumento l'attività e quindi il potere all'interno dell'ospedale»), questo tipo di *day surgery* obbliga alla «cessione» di una parte dei risultati della propria attività. In altri termini, alcuni chirurghi sono consapevoli che la loro attività clinico-professionale produce delle ricadute positive di immagine non solo sul proprio reparto, ma anche (e soprattutto) sull'Unità di *day surgery*. Devono insomma condividere — o «cedere» — una parte del risultato con altri.

Questo fatto può essere accettato anche in modo molto naturale dai reparti, ma occorre che se ne tragga un qualche vantaggio: ad esempio, la possibilità di aumentare i volumi di attività, in quanto devono gestire liste di

attesa lunghe per interventi effettuabili in *day surgery* (aggravate eventualmente da una contrazione dei posti letto disponibili).

Nel caso di Terni, inoltre, l'attività svolta in regime di *day surgery* viene contabilizzata in centri di responsabilità separati che possono rilevare i dati di attività della singola Unità con cadenza trimestrale; questo da un lato consente alle diverse Unità operative di non perdere la visibilità del loro contributo ai risultati della *day surgery*, dall'altro le forza in qualche modo a competere tra di loro nel raggiungimento di tali risultati (allo stato attuale, tuttavia, non è stato perfezionato il sistema di controllo di gestione, che dovrebbe collegare i dati di attività ai dati di costo e soprattutto ai sistemi di programmazione e di ricompensa).

In questo funzionamento, in cui la *day surgery* multidisciplinare appare più come un luogo di coordinamento e di integrazione tra Unità autonome o in competizione tra loro, un ruolo molto importante dovrebbe essere ricoperto dal Dipartimento; date infatti le sue funzioni, il Dipartimento costituirebbe il livello organizzativo più idoneo a valorizzare la risorsa comune *day surgery* e a risolvere eventuali problemi di crescita.

Tuttavia nel caso di Terni, passando dalle funzioni formalmente assegnate al Dipartimento al ruolo da esso realmente svolto, è giocoforza costatare che non rappresenta ancora un soggetto attivo e forte: poche riunioni, poche decisioni, una bassa legittimazione (sinora) da parte delle singole Unità operative. Il Dipartimento non ha né un'attività né un'identità precisa. Le Unità operative sono fortemente occupate dalla loro attività di routine, che in alcuni casi assume dimensioni quantitative e qualitative rilevanti (per indice di operatività e specializzazione degli interventi), quindi appaiono

molto orientate verso se stesse, alla ricerca della loro efficienza interna. La «difesa del territorio» permane ancora la logica dominante; d'altronde ben poche sono attualmente le risorse gestite in comune all'interno del Dipartimento (in termini di personale, spazi, servizi comuni).

Tutti i problemi che assumono una dimensione dipartimentale o comunque inter-organizzativa, allo stato attuale sembra possano essere risolti soltanto da interventi della Direzione generale o sanitaria dell'azienda, eventualmente su proposta del singolo responsabile di Unità o di Dipartimento, ma difficilmente come composizione interna. L'ago della bilancia è attualmente la Direzione; questo però allunga i tempi decisionali e si configura sempre come un risultato compromissorio che non seda i conflitti alla base.

Gli orientamenti della Direzione rispetto all'attività di *day surgery* nell'azienda sono i seguenti:

— coprire sino al 100% la percentuale di trasferibilità delle attività da ricovero ordinario a ricovero in *day surgery*, inserendo tale obiettivo negli obiettivi delle singole Unità operative (quindi si tratta di un obiettivo attribuito alle singole Unità operative e non all'Unità di *day surgery*); ogni singola Unità avrà un obiettivo commisurato all'attuale percentuale; l'obiettivo è quello di ridurre ulteriormente i posti letto di degenza ordinaria e di riqualificare sempre più quest'ultima con interventi di alta specializzazione e ad alta attrazione (8);

— potenziare la disponibilità di sale operatorie con l'obiettivo di aumentare il numero medio di interventi per seduta e contemporaneamente introdurre la lista unica. L'aumento dei volumi di *day surgery* è giustificato anche dal fatto che attualmente in Umbria sono remunerati a tariffa piena, quindi con un margine di ricavo molto

alto; prevedendo che la Regione ridurrà le tariffe, diventerà sempre più importante mantenere un'alta redditività della *day surgery*, attraverso alti volumi;

— riprendere l'attività di aggiornamento e di formazione del personale (con particolare riguardo per il personale infermieristico e i medici anestesisti), aumentando l'investimento dell'azienda in questo settore, tradizionalmente basso e mal speso; sostituire quindi progressivamente ad una politica di «tagli» una politica di «qualità», investendo sul personale (è in corso anche la contrattazione sui criteri di valutazione dei dirigenti) e sull'organizzazione (es. riprogettazione dei percorsi assistenziali);

— cercare in modo indiretto di sensibilizzare e avere contatti con i medici di base, con la partecipazione dell'ASL o tramite altri canali (società scientifiche).

In questa strategia, la direzione sa di poter contare fondamentalmente sulla competenza e sulla disponibilità del responsabile dell'Unità di *day surgery*, fortemente motivato allo sviluppo e alla legittimazione (anche da un punto di vista formale) dei risultati sinora raggiunti, e del primario del servizio anestesia, che intende impegnarsi direttamente nel processo di razionalizzazione delle sale operatorie e delle *équipes* di sala.

D'altronde, il Dipartimento chirurgico non è attualmente in grado di elaborare al proprio interno soluzioni e proposte organizzative da sottoporre alla Direzione; tutte le Unità operative convengono sul fatto che sia necessario ampliare l'uso delle sale, migliorare l'organizzazione del personale infermieristico, potenziare l'attività di *day surgery*, mentre dal punto di vista propositivo non sono in grado di elaborare proposte soddisfacenti per tutte. Così finiscono per «accettare» che

sia la Direzione aziendale a trovare le soluzioni.

In sintesi, operando una valutazione complessiva del modello adottato nell'azienda di Terni, esso appare comunque in grado di incidere in modo significativo sul funzionamento interno dell'ospedale. Il sistema di relazioni che si è via via innescato tra i diversi attori ha sinora reso possibile la convergenza di interessi e comportamenti favorevoli allo sviluppo dell'attività di *day surgery*, in un gioco a somma positiva da cui traggono beneficio tutte le parti coinvolte.

Il risultato finale è un processo di innovazione organizzativa e culturale di grande rilevanza per l'azienda e di indubbio interesse anche sul panorama nazionale, data l'attenzione che attualmente i sistemi sanitari regionali e le singole aziende attribuiscono allo sviluppo della chirurgia di giorno.

Per concludere, volendo individuare alcuni fattori critici di successo dell'esperienza ternana, occorre rilevare come sia stata attivata una capacità di apprendimento rapida nel superare gli ostacoli organizzativi che via via si sono frapposti allo sviluppo dell'attività. A tal fine possono essere considerati decisivi:

— una «buona partenza» (si veda il capitolo 1), con idee già chiare sul modello, sulle finalità, sull'organizzazione e sui risultati attesi: la *day surgery* è nata più per una precisa «volontà», una scelta aziendale, che non come adeguamento a una direttiva regionale o a un «effetto-moda»;

— il «ruolo imprenditoriale» del responsabile, che ha saputo dare un'identità ben precisa all'Unità sin dall'inizio, con caratteristiche autonome non mutate da altre Unità chirurgiche, e legittimarne nel tempo il ruolo sulla reale capacità di fornire un supporto alle Chirurgie; puntando sull'efficienza, quelli che potrebbero essere dei vincoli di un'Unità multidiscipli-

nare (quelli sopra esposti della pluralità di relazioni e della tensione sul rispetto dei tempi in dipendenza da altri) si sono trasformati in opportunità di sviluppo (maggiore autonomia, legittimazione sia dalle Unità chirurgiche che dalla direzione come unico «garante» del coordinamento intra e interdipartimentale);

— non ultimo, la disponibilità comunque delle Unità chirurgiche ad aderire al progetto, vedendovi la possibilità di incrementare i livelli di attività (riducendo soprattutto le liste di attesa per interventi minori) e potenziare maggiormente la dimensione specialistica del loro reparto.

Occorre infine sottolineare che il contesto ternano è caratterizzato da una immagine abbastanza positiva dell'ospedale, data la tradizione di specializzazione e di alta professionalità degli operatori. Questa tradizione fa sì che il cittadino abbia un livello di aspettative abbastanza elevato; nel momento in cui si produce una qualche innovazione, come è il caso della *day surgery*, diventa anche naturale una rapida diffusione delle informazioni e una legittimazione «dal basso» del servizio. Questo rinforza, in un certo senso, l'attenzione e l'interesse dei medici e degli operatori a favorire (o quanto meno a non ostacolare) il processo di innovazione (9).

(1) L'azienda ospedaliera «S. Maria» di Terni è sede di Corso di laurea in medicina e chirurgia, consta di 36 unità operative organizzate in sette Dipartimenti, vi operano 1470 addetti e nel 1998 ha gestito un bilancio di 180 miliardi circa. Il suo bacino di riferimento è costituito dalla provincia di Terni (220.000 abitanti) e si allarga alle regioni circostanti, dalle quali proviene un terzo circa del proprio fatturato.

(2) Comprende le Unità operative di Chirurgia generale e toracica, Chirurgia generale ed epatica, Chirurgia generale e d'urgenza, Urologia, Divisione ortopedica, Clinica ortopedica, Chirurgia maxillo-facciale, Clinica otorino; l'argomento verrà approfondito nel capitolo 2.

(3) Per l'analisi della struttura organizzativa interna si rimanda al capitolo 2.

(4) È stata recentemente attuata (deliberazione azienda ospedaliera n. 37 del 21 gennaio 1999) la ristrutturazione organizzativa del personale delle sale operatorie, proposta dal responsabile del Dipartimento di emergenza, che prevede l'istituzione di due *équipes* dedicate agli 8 blocchi operatori dell'ospedale, così ripartite: un *équipe* per le tre Chirurgie generali, la Neurochirurgia, la Ginecologia, l'Urologia e la sala dedicata di *day surgery*, un'altra *équipe* per le Chirurgie specialistiche (Ortopedia, Otorino, Oculistica, Chirurgia maxillo-facciale); questo consente di far ruotare il personale, migliorandone la flessibilità nell'utilizzo e la professionalità. Le due *équipes* hanno ognuna una capo sala con il compito di: organizzare l'orario di servizio, gestire lo strumentario chirurgico ed i beni di consumo, verificare l'applicazione dei protocolli relativi all'attività chirurgica in elezione ed in urgenza. Contestualmente è stato ridotto da 5 a 2 il numero delle caposala. Con tale atto è stato anche disposto che la lista di attesa per gli interventi chirurgici di medio-bassa complessità viene gestita dal responsabile dell'Unità di *day surgery*, il quale predispose una lista di attesa unica, compila le liste operatorie riferite a ciascun tavolo operatorio e le invia tempestivamente al responsabile del servizio di anestesia ed alla capo sala del gruppo operatorio per consentire l'ottimale gestione delle risorse.

(4) Alcuni pazienti accedono all'attività di *day surgery* direttamente dal Pronto soccorso, attraverso la richiesta di consulenze per il chirurgo presente in servizio o inviati dai medici di medicina generale, previa richiesta di visita chirurgica all'Unità di *day surgery* attraverso una normale impegnativa.

(5) L'istituzione dell'ambulatorio anestesio-logico ha consentito di raggiungere tre importanti obiettivi:

— appropriata valutazione clinica dei pazienti che possono ricoverarsi il giorno stesso dell'intervento, anche se ancora tutti gli interventi programmati passano attraverso l'ambulatorio anestesio-logico;

— migliore organizzazione dei servizi attraverso un'attenta programmazione dell'attività e precisa prenotazione degli esami;

— significativa riduzione degli esami radiologici e di laboratorio, che vengono eseguiti in base alle linee guida emanate dalle società scientifiche.

(7) Vi sono casi in cui il paziente, pur avendo un posto letto assegnato, non può esservi accompagnato perché non è stata ancora completata la dimissione del paziente precedente o il rifacimento del letto è in corso; in rari casi

l'assegnazione del letto viene fatta soltanto dopo l'intervento (il paziente viene preparato in altri locali).

(8) Da un punto di vista strategico questo si giustifica anche con il fatto che l'azienda ha sinora attratto molto dalle vicine province di Viterbo e di Rieti, ma per la maggior parte su interventi di bassa complessità; dal momento che queste aziende limitrofe stanno riorganizzando le loro chirurgie per ridurre la mobilità passiva, l'azienda di Terni può mantenere un «vantaggio competitivo» nei loro confronti solo specializzandosi in interventi che in quelle realtà non sono effettuabili.

(9) Quest'ultima osservazione, che richiederebbe di essere suffragata da elementi di ricerca più approfonditi di quelli attualmente disponibili, introduce tuttavia un aspetto non secondario del «successo/insuccesso» dell'introduzione e dello sviluppo dell'attività *day surgery*, quello relativo al rapporto esistente tra l'ospedale e l'ambiente, la cultura di riferimento a livello locale.

BIBLIOGRAFIA

ASSR, AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (1996), *Requisiti minimi strutturali,*

organizzativi e tecnologici per la chirurgia di giorno-day surgery.

CAMPANELLI G., CAVAGNOLI R., BOTTERO L., PIETRI P. (1997), *La day surgery: un nuovo modello organizzativo e tecnico*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo: pagg. 9-15.

CORVETTI R., GIANNINI F., PATAVINO V.M. (1997), *Valutazione dell'attività chirurgica. Gli interventi chirurgici trasferibili in day surgery*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo: pagg. 16-23.

FRANCUCCI M. (1997), *Le linee guida regionali. Uno strumento per potenziare la day surgery*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo: pagg. 23-26.

FRANCUCCI M., BETTELLI G. (1999), *La rintracciabilità dei dati: la cartella clinica di day surgery*, in «Le basi della qualità in day surgery», pagg. 81-101, Ed. Athena.

FRANCUCCI M. ET AL. (1998A), *Esperienza di una Unità di day surgery all'interno di una azienda ospedaliera*, SICADS tour; inserto IV, Cagliari 4 luglio 1998: pagg. 13-16.

FRANCUCCI M. ET AL. (1998B), *Chirurgia flebologica e day surgery: analisi dei costi,*

Ospedali d'Italia, Chirurgia, volume 4, nov.-dic. 1998, pagg. 627-634.

FRANCUCCI M. ET AL. (1998C), *Implementazione di un sistema qualità in un'Unità di day surgery*, archivio ed Atti della Società italiana di chirurgia; Centesimo Congresso della Società italiana di chirurgia, Roma, 11-16 ottobre 1998, volume 3, pagg. 128-141. Ed. Pozzi L.

GRUPPO DI LAVORO REGIONALE «CHIRURGIA A DEGENZA BREVE» (1997), *Linee guida per il potenziamento della chirurgia a degenza breve*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo 1997: pagg. 27-34.

MASTROBUONO I., FRANCUCCI M., ANGELINI F. (1997), *L'assistenza chirurgica a ciclo diurno. Normativa nazionale e riferimenti regionali*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo 1997: pagg. 5-9.

ORLANDI W. (1997), *Azienda ospedaliera «S.Maria» di Terni. Un modello organizzativo*, Quaderni di Panorama della Sanità; n. 3, anno III, marzo 1997: pagg. 45-49.

TANESE A. (1999), *Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie*, Mecosan, n. 29: pagg. 45-61.

IL DIPARTIMENTO CHIRURGICO NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI RAVENNA

Paolo Fusaroli

AUSL Ravenna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il ruolo della Direzione sanitaria di presidio nella riorganizzazione dipartimentale ed i presupposti normativi - 3. Il Dipartimento chirurgico - 4. Il Direttore del dipartimento - 5. Il Comitato del dipartimento - 6. Le Unità operative coinvolte - 7. Il personale medico ed infermieristico - 8. La sala operatoria - 9. Il progetto «degenza breve» - 10. Conclusioni.

1. Introduzione

L'ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna è una macrostruttura facente parte dell'azienda USL di Ravenna.

Nel territorio della provincia di Ravenna, che ha una popolazione di circa 350.000 residenti, sono state riconvertite in strutture sanitarie per anziani o centri di distretto ben 8 ospedali dei 12 presenti.

Le «Linee guida per la rimodulazione della rete ospedaliera» (delibera della giunta della regione Emilia-Romagna n. 2272 del 17 settembre 1996), prevedendo 5 posti letto ogni mille residenti, di cui 1 posto letto ogni mille dedicato alla riabilitazione, hanno portato ad un ulteriore ridimensionamento di reparti e servizi aziendali e che troverà piena attuazione entro il 1999. L'attuale dotazione di posti letto dell'Azienda USL di Ravenna è di 1686 per acuti (4,82 per mille) e di 200 per la lungodegenza-riabilitazione (0,57 per mille), comprendendo 350 posti letto per acuti e 113 posti letto per la lungodegenza-riabilitazione delle strutture private accreditate.

Il presidio di Ravenna, composto dagli stabilimenti ospedalieri di Ravenna, Cervia e Russi, ha ridotto la do-

tazione di posti letto pubblici, passando da 775 nel 1992 a 714 nel 1995, sino ad arrivare a 666 nel giugno 1997 (delibera del Direttore generale Azienda USL di Ravenna n. 1474 del 30 giugno 1997). Tale riduzione ha comportato la chiusura dell'ospedale di Russi e varie riconversioni e ridimensionamenti delle unità operative. Associata alla riduzione dei posti letti si è determinata una minor necessità di personale.

La riduzione delle risorse e la pressione esercitata dall'aumento dei bisogni sanitari per il progressivo invecchiamento della popolazione, fanno da sfondo alla nuova dimensione organizzativa individuata dai decreti legislativi 502/92 (1), 517/93 (2) e dalla legge 549/95 (3), che determinano la trasformazione della tradizionale struttura organizzativa ospedaliera: divisioni, reparti, servizi, in quella «Dipartimentale». Le indicazioni legislative lasciano ampi spazi di manovra alle direzioni ospedaliere ed aziendali sulle modalità di strutturazione dei dipartimenti. La direzione ospedaliera del presidio di Ravenna ha ritenuto di promuovere la «dipartimentalizzazione» di alcune Unità operative già agli inizi del 1996 partendo dall'area chirurgica.

L'obiettivo fondamentale è quello di utilizzare al meglio «uomini e cose», coinvolgendo le diverse figure professionali per trovare efficaci soluzioni organizzative, per affrontare i problemi di salute senza ridurre la qualità dell'assistenza e senza aumentare la spesa.

La Direzione sanitaria di presidio ha convocato i responsabili delle Unità operative di Chirurgia I e II, Urologia ed Anestesia II, riunitisi in un provvisorio Comitato di dipartimento, al fine di proporre al Direttore generale la nomina di un responsabile del dipartimento, seguendo quanto suggerito nella «Proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere», predisposto da un apposito gruppo di lavoro sui dipartimenti istituito presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali. La Direzione di presidio con i suoi collaboratori, insieme al Capo dipartimento ed al Comitato di dipartimento provvisorio, formularono una proposta relativa alla nuova organizzazione.

Sono stati promossi inoltre dei gruppi di lavoro costituiti da alcuni Dirigenti medici di I livello e dal personale infermieristico, con la funzione

di definire e studiare gli obiettivi del dipartimento.

2. Il ruolo della Direzione sanitaria di presidio nella riorganizzazione dipartimentale ed i presupposti normativi

Nell'ottica dipartimentale la Direzione sanitaria di presidio assume nella realtà di Ravenna, ove il presidio ospedaliero non è Azienda autonoma, ma una macrostruttura dell'Azienda USL, un nuovo ruolo. Poiché la legislazione porta alla trasformazione dell'organizzazione da divisioni, sezioni, servizi, in dipartimenti, con una propria gestione amministrativa, un proprio *budget*, si rende quanto mai indispensabile sostenere costantemente l'indirizzo e la programmazione del presidio ospedaliero.

Se così non fosse si rischierebbe di fare di ogni dipartimento un nucleo svincolato dalla struttura complessiva, senza una visione generale dei bisogni sanitari e delle criticità gestionali. La Direzione di presidio potrebbe «acquistare» prestazioni dai dipartimenti, stabilendo le priorità in accordo con la Direzione d'Azienda, contrattando le prestazioni erogabili dai dipartimenti nell'ottica di una corretta gestione della struttura ospedaliera e di interazione tra dipartimenti. Quindi una gestione per *budget* con i dipartimenti anziché con le unità operative.

L'organizzazione spaziale, la distribuzione del personale, lo studio dei carichi di lavoro, la verifica e la garanzia della qualità delle prestazioni erogate, l'interfaccia con le altre unità operative e dipartimenti del presidio e le altre macrostrutture dell'Azienda sono alcuni degli aspetti che saranno a carico della Direzione di presidio.

In altre parole, la Direzione di presidio diviene garante di quanto viene erogato dalla struttura ospedaliera, avvia e segue l'evoluzione dei progetti

ed è un preciso punto di riferimento per il Comitato di dipartimento, il Direttore ed i Dirigenti di II livello. Racoglie le segnalazioni dei disservizi e delle carenze proponendo ed attuando soluzioni; tiene i rapporti con la Direzione generale dell'AUSL. In fase di costituzione o di revisione dei dipartimenti individua i criteri per la scelta delle aggregazioni dipartimentali, interviene nella mediazione tra i responsabili di unità operative proponendo le aggregazioni e formulando i percorsi, gli atti ed i processi da compiere.

La Direzione di presidio deve mantenere la visione complessiva di quanto la struttura ospedaliera è in grado di erogare, intervenendo laddove si verificano carenze di personale, strutturali, organizzative, incontrando da un lato i responsabili dei dipartimenti e dall'altro la Direzione aziendale.

La spesa stessa deve essere controllata dalla Direzione di presidio, che deve risponderne alla Direzione d'azienda.

Un compito difficile, delicato e di continua tensione che comporta una adeguata formazione professionale e manageriale, ma anche molto stimolante perché rende tangibile quasi in tempo reale, lo sforzo gestionale, con un livello di flessibilità organizzativa mai riscontrata in precedenza.

L'elemento normativo che indirizza a procedere ad una riorganizzazione interna degli ospedali, è costituito da quanto disposto dalla L. 412/91 (4) i cui contenuti sono riaffermati dal D.L.vo 502/92 (1) e sue successive modifiche ed integrazioni.

In sintesi si prevede di «Attuare il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di *day hospital*, conservando alle unità che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle

risorse umane e strumentali». Questa indicazione comporta l'aggregazione, tutte le volte che sia possibile, o che sia consentito attraverso ristrutturazioni, di quelle discipline che presentino tra loro omogeneità, affinità e/o complementarità.

La legge finanziaria per il 1996 (3) prevede (art. 2) che l'organizzazione interna degli ospedali debba osservare il modello dipartimentale al fine di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo di risorse finanziarie.

Dal punto di vista organizzativo, il D.L.vo 517/93 (2) prevedeva che entro tre anni dall'emanazione dello stesso, cessassero di avere valore le norme stabilite dalla L. 132/68 (5) e dai relativi decreti delegati, rendendo necessaria la revisione dell'organizzazione interna ospedaliera, oggi rigidamente articolata in divisioni, sezioni e servizi.

Dopo aver definito le aree funzionali omogenee e quindi, avere determinato l'aggregazione strutturale delle unità operative, occorrerà provvedere alla loro aggregazione funzionale, il che può avvenire attraverso l'istituzione di dipartimenti, così come indicato dal D.L.vo 502/92 (1) e sue successive modifiche ed integrazioni.

Il dipartimento sarà costituito dal raggruppamento di unità operative che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca.

3. Il Dipartimento chirurgico

Le disposizioni legislative e le indicazioni delle linee guida dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono state di guida per il processo di dipartimentalizzazione.

La Direzione sanitaria dell'ospedale di Ravenna ha ipotizzato di struttu-

rare una aggregazione di Unità operative collegate tra loro funzionalmente, utilizzando quale risorsa principale la sala operatoria. Tale aggregazione è stata agevolata dal fatto che le Unità operative da coinvolgere e cioè la Chirurgia generale I, la Chirurgia generale II e l'Urologia e il servizio di Anestesia e rianimazione II, sono tra loro vicine, come si può vedere nella planimetria 1.

Da tale situazione è quindi nata la prima proposta di riorganizzazione dell'area funzionale di chirurgia all'interno del presidio ospedaliero di Ravenna identificando le funzioni di:

- Chirurgia generale (I e II)
- Chirurgia vascolare
- Urologia
- Anestesia e rianimazione (II servizio).

La Direzione generale dell'Azienda USL di Ravenna il 3 aprile 1996 ha formalizzato l'istituzione del dipartimento chirurgico presso il presidio ospedaliero di Ravenna con atto deliberativo, definendo i posti letto assegnati alle Unità operative, il personale medico, infermieristico ed ausiliario di reparto e delle sale operatorie, le presenze, i turni di guardia e di pronta disponibilità, gli spazi fisici e le attrezzature assegnate ed infine i criteri organizzativi, recependo la proposta tecnica predisposta dalla Direzione sanitaria di presidio.

Successivi atti deliberativi hanno definito l'unità operativa di Chirurgia vascolare (dapprima come sezione aggregata alla chirurgia e dal 15 novembre 1996 come unità operativa autonoma) ed il Direttore del dipartimento.

A questi sono seguiti successivi atti per il regolamento interno e la composizione del comitato.

Nell'atto deliberativo che istituiva il nucleo di base del dipartimento chirurgico venivano previsti i livelli gestionali per le future operazioni di or-

ganizzazione e ristrutturazione quali: il Direttore di dipartimento ed il Comitato di dipartimento, con i rispettivi campi di azione.

4. Il Direttore del dipartimento

Il Direttore del dipartimento nominato con atto deliberativo dal Direttore generale sentito il responsabile di presidio e i responsabili delle Unità operative del dipartimento in sintesi ha il compito di:

- a) assicurare il funzionamento del dipartimento, attuando i modelli organizzativi stabiliti dal Comitato di dipartimento;
- b) promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal Comitato;
- c) controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali, definiti dal Comitato di dipartimento, nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;

d) rappresentare il dipartimento nei rapporti con il Direttore di presidio, il Direttore sanitario aziendale, il Direttore amministrativo ed il Direttore generale, e con organismi esterni, ove sia previsto che il dipartimento operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;

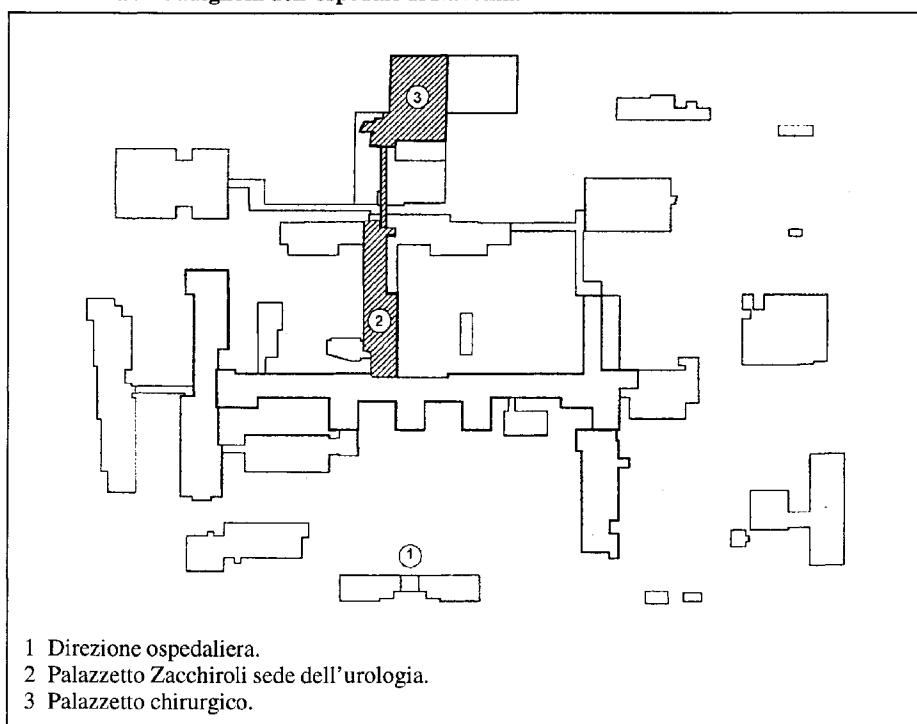
e) gestire le risorse attribuite al dipartimento secondo le indicazioni del Comitato di dipartimento.

Il Direttore di dipartimento acquisisce maggiori compiti organizzativi e gestionali rispetto al responsabile di unità operativa. Dovendosi occupare di compiti manageriali deve avere una adeguata formazione e avrà meno tempo da dedicare ai compiti assistenziali.

5. Il Comitato del dipartimento

Il Comitato di dipartimento dapprima, era costituito dai responsabili delle 4 unità operative appartenenti al dipartimento, in seguito oltre ai 4 re-

Planimetria 1 - Padiglioni dell'ospedale di Ravenna



sponsabili di unità operativa (dirigenti di secondo livello), venivano eletti 3 dirigenti di primo livello ed 1 infermiere professionale tra tutti quelli appartenenti al dipartimento e da un responsabile dei servizi sanitari ausiliari, nominato dal Direttore sanitario di presidio. Al Comitato vengono attribuite in sintesi le seguenti funzioni:

a) stabilire i modelli di organizzazione del dipartimento;

b) programmare la razionale utilizzazione del personale del dipartimento e proporre la mobilità del personale, nell'ottica della integrazione dipartimentale;

c) programmare la gestione delle attrezzature, dei presidi sanitari e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;

d) fornire indicazioni per la gestione del bilancio assegnato al dipartimento;

e) adottare e/o adattare alle specifiche esigenze del dipartimento le linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;

f) stabilire i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;

g) proporre i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programmare e coordinare le attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

h) stabilire gli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;

i) programmare i fabbisogni di risorse sia in termini di personale, che di dotazione strumentale, valutandone le priorità;

j) inviare al Direttore generale, tramite la Direzione sanitaria di presidio, alla fine di ogni anno, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte, ed il programma degli obiettivi scientifici che il dipartimento intende realizzare nell'anno successivo, con le proposte motivate di finanziamento e le priorità di realizzazione;

k) proporre gruppi operativi di lavoro interdipartimentali;

l) valutare e proporre, (tramite la Direzione sanitaria di presidio), al Direttore generale, l'eventuale inserimento di unità operative nel dipartimento e/o l'istituzione di moduli;

m) regolamentare l'attività libero-professionale, secondo le direttive generali stabilite dall'Azienda e le possibilità logistiche esistenti all'interno del dipartimento o più in generale nell'Azienda;

n) valutare altresì ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto dal Direttore del dipartimento o da singoli appartamenti al dipartimento stesso, in relazione a problemi od eventi di particolare importanza.

6. Le Unità operative coinvolte

Il modello adottato nel presidio ospedaliero di Ravenna per le Unità operative chirurgiche è quello del dipartimento basato sull'area specialistica. Infatti sono raggruppate funzioni assistenziali omogenee dal punto di vista degli strumenti clinici d'intervento. Il nucleo di base è costituito da Unità operative aggregate in modo tale da conseguire l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse.

Ottimizzare significa massimizzare i risultati dell'intervento sanitario attraverso un adeguato e coordinato uso delle risorse al fine di garantire una buona pratica clinica (efficacia) e dall'altro lato ottenere una buona pratica gestionale (efficienza). Verrà usato il termine di aree dipartimentali ospedaliere per indicare le aggregazioni di strutture e di funzioni finalizzate al recupero dell'efficienza come nel caso di cui trattiamo e invece il termine di area funzionale omogenea riferendosi alle aggregazioni trasversali di Unità operative che hanno obiettivi di ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di

pazienti o quadri clinici, volte a massimizzare l'efficacia e la qualità del prodotto delle politiche medesime.

Il dipartimento chirurgico fa parte di una delle 5 aree dipartimentali ospedaliere (ADO) individuabili nella struttura di Ravenna e che sono:

ADO di medicina, riabilitazione e medicina d'urgenza

ADO chirurgia

ADO della medicina diagnostica per immagini

ADO della medicina diagnostica di laboratorio

ADO dei servizi generali.

La risorsa fondamentale dell'ADO di chirurgia è la sala operatoria. Infatti l'efficienza, la qualità e la sicurezza dei trattamenti dipende dalla disponibilità e dall'ottimizzazione di questa risorsa che richiede un notevole impegno organizzativo di personale, strutture e tecnologie.

Sulla base della tipologia di accesso agli interventi chirurgici si può ulteriormente distinguere un'ADO con prevalenti attività d'urgenza, da quella con prevalenti attività programmate. La maggior ottimizzazione si ottiene nell'attività chirurgica programmata poiché quest'ultima è in grado di saturare le risorse disponibili. Nel nostro caso occorre far fronte ad interventi di entrambi i tipi, pertanto l'organizzazione prevede una base programmata sulla quale, all'occorrenza, si inserisce l'attività urgente.

Le Unità operative coinvolte nel presidio ospedaliero di Ravenna sono state le due Divisioni di chirurgia generale con 54 e 49 posti letto rispettivamente, la Divisione di urologia con 33 posti letto ed infine 7 posti letto per attività in costanza di ricovero (6 di Chirurgia generale ed 1 di Urologia), per un totale di 143 posti letto.

Nell'ambito dell'attività di Chirurgia generale era presente la Chirurgia vascolare come sezione aggregata alla divisione di Chirurgia generale I, ma

ritenendo di assegnarle una valenza aziendale, facendo convergere nell'unità operativa di Chirurgia vascolare del presidio di Ravenna tutta la patologia vascolare arteriosa del territorio, nel riassetto dipartimentale si è ritenuto di definire meglio tale funzione con l'istituzione di una Unità operativa a sé stante. Nel contempo si è proceduto alla soppressione di una unità operativa di Chirurgia generale e ad una contrazione di posti letto.

Accanto alle Unità operative con posti letto menzionate è stato coinvolto il Servizio di anestesia e rianimazione II.

Il nuovo assetto formalizzato con atto deliberativo del Direttore generale numero 3114 del 13 novembre 1996 è strutturato come da tabella 1.

Al primo piano del blocco chirurgico (planimetria 3) sono collocate le sale operatorie del dipartimento.

Con delibera del 10 giugno 1998 del Direttore generale si è proceduto all'accorpamento nel blocco chirurgico dell'unità operativa di urologia, con una ulteriore riorganizzazione dei posti letti che risulta rideterminata come si vede in tabella 2.

Il totale dei posti letto con questa nuova organizzazione è di 121 (nel conteggio sono compresi i posti letto di *day hospital* e *day surgery*), a fronte dei 143 di prima della costituzione del dipartimento.

7. Il personale medico ed infermieristico

Gli organici delle divisioni e servizi prima della costituzione del dipartimento erano costituiti da quanto indicato in tabella 3.

Con il nuovo assetto delle unità operative facenti parte del dipartimento chirurgico il personale risulta ridistribuito come in tabella 4.

L'assegnazione del personale alle varie unità operative è in realtà virtua-

Tabella 1

Unità operativa	Posti letto	Piano	Note
Chirurgia vascolare ...	15	III	Planimetria 2
Chirurgia generale.....	20	III	Planimetria 2
Chirurgia generale.....	45	IV	
Chirurgia generale.....	20	V	
Urologia	30	II	Planimetria 4 (in struttura adiacente)
Totale.....	130		

Planimetria 2 - III piano del palazzetto chirurgico (i piani IV e V hanno la stessa struttura)

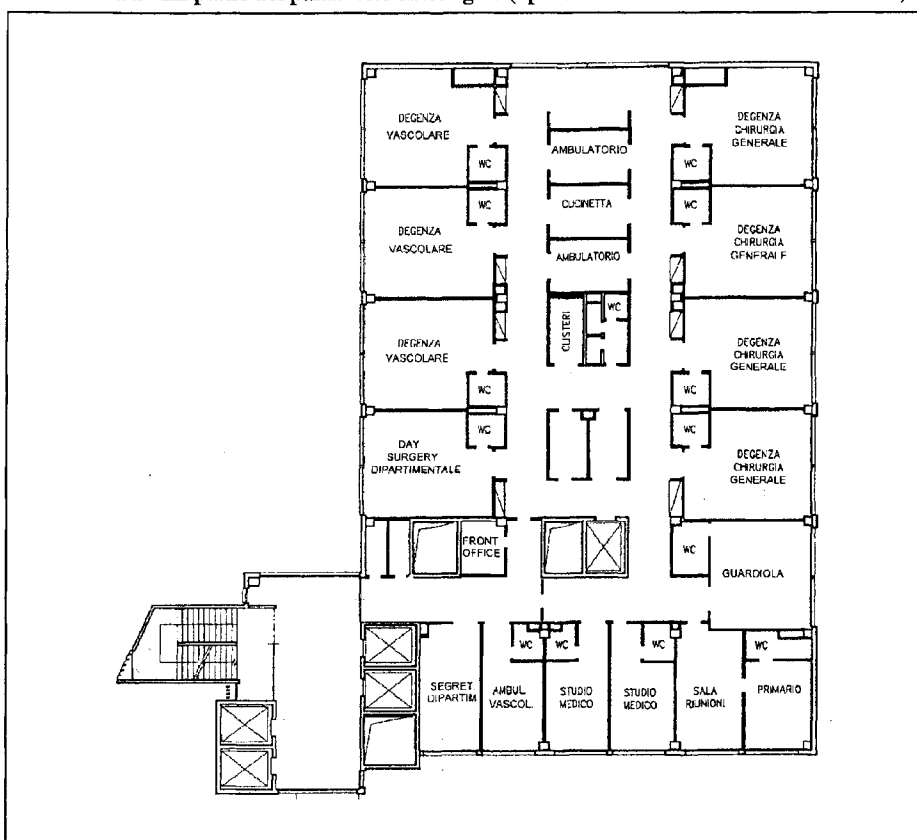
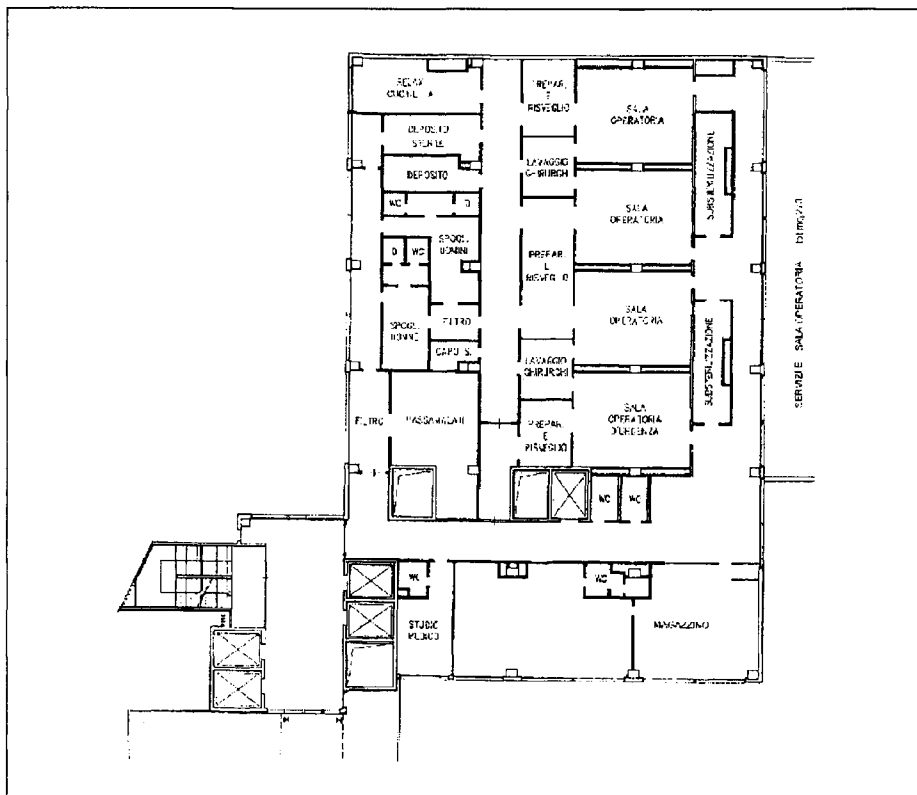


Tabella 2

Unità operativa	Posti letto	Piano	Note
Chirurgia vascolare ...	13	III	Planimetria 2
Chirurgia generale.....	26	III	Planimetria 2
Chirurgia generale.....	44	IV	
Chirurgia generale.....	8	V	
Urologia	20	V	
Day surgery.....	10		(5 chir. gen., 2 chir. vasc., 3 urol.)
Totale.....	121		

Planimetria 3 - Gruppo operatorio



le in quanto rimane la suddivisione per i piani del blocco chirurgico, pertanto per il calcolo degli effettivi minuti di assistenza si deve far riferimento alla tabella 6.

Per tale distribuzione si sono applicati i criteri indicati nel decreto del Ministero della sanità 13 settembre 1988 «Determinazione degli standard del personale ospedaliero» (6), modificati secondo le indicazioni del gruppo di lavoro sul personale del servizio assistenza ospedaliera della Regione Emilia-Romagna.

Come si evince dal confronto tra la tabella 3 e 4 la diversa strutturazione comporta un miglior utilizzo del personale. Nel contempo vi è un recupero di personale infermieristico (16 unità) utilizzabile per le situazioni di carenza in altre Unità operative.

Concentrando l'attività operatoria nel blocco chirurgico vi è infine un recupero di 4 unità di personale sanitario ausiliario.

L'Unità operativa di anestesia e rianimazione II non è completamente dedicata all'attività del dipartimento, ma resta collegata orizzontalmente con le altre attività chirurgiche quali ostetricia e ginecologia, oculistica ed otorinolaringoiatria, non inserite per il momento, nel dipartimento chirurgico.

Al V piano sono disponibili i posti letto a pagamento con 4 camerini singoli e 2 doppi di volta in volta assegnati alle singole specialistiche.

Planimetria 4 - Degenza di urologia

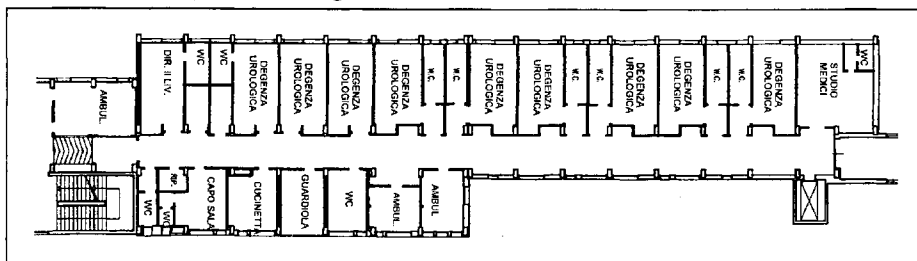


Tabella 3 - Posti letto e personale attribuito alle Unità operative prima della costituzione del dipartimento chirurgico

Unità operativa	P.L.	Medici		Infermieri			Ausiliari	Amm.
		Dir. II	Dir. I	C. sala	I.P.	I.G.		
Chirurgia I.....	44	1	10	1	16			
Chirurgia II.....	44	1	9	1	15			
Chirurgia V p.....	22			1	11	1		
Urologia.....	33	1	6	1	13			1
Sala operatoria chirurgia.....				1 ff.	23			
Sala operatoria urologia.....				1 ff.	7			
Anestesia e rianimazione.....		1	13		2			
Totale.....	143	4	38	6	87	1	2	4

Tabella 4 - Posti letto e personale attribuito alle Unità operative del dipartimento chirurgico

Unità operativa	P.L.	Medici		Infermieri				Ausiliari	Amm.
		Dir. II	Dir. I	C. sala	I.P.	I.G.	I.P. segr.		
Chirurgia generale.....	83	1	15	1	30	1	1	appalto	1
Chirurgia vascolare.....	15	1	4	1	8		1		
Urologia.....	23	1	6	1	9				
Sala operatoria.....				2 ff.	24				
Anestesia e rianimazione.....		1	13						
Totale.....	121	4	38	5	71	1	2	0	1

È evidente la razionalizzazione organizzativa con netto miglioramento dell'utilizzo del personale infermieristico ed ausiliario, un più intenso ed efficiente uso delle apparecchiature di sala operatoria e della tecnologia in genere, oltre ad una utilizzazione più intensiva delle sale operatorie con la liberazione di un intero comparto operatorio (ex urologia) per altre necessità del presidio ospedaliero.

8. La sala operatoria

La risorsa principale del dipartimento chirurgico è la sala operatoria, tutta l'attività è organizzata in funzione di un ottimale utilizzo di questa risorsa. Il palazzetto chirurgico è dotato di 4 sale operatorie (planimetria 3). La vecchia organizzazione prevedeva un utilizzo solo alla mattina, la nuova aggiunge una seduta pomeridiana dal martedì al venerdì (tabella 5). Questa organizzazione al contrario della precedente garantisce la disponibilità di almeno 1 sala per l'emergenza anche la mattina.

9. Il progetto «degenza breve»

L'analisi dei tempi di degenza per i ricoveri programmati nel dipartimento chirurgico ha evidenziato una durata inferiore ai 5 giorni nel 25% dei ricoveri. Tale constatazione ha fatto emergere l'ipotesi di concentrare in un'unica area individuata nel III piano

del palazzetto chirurgico i ricoveri con patologie trattabili entro i 5 giorni di degenza insieme ai letti di *day hospital* e agli ambulatori divisionali. In tal modo si può programmare l'attività di assistenza dal lunedì al venerdì. Tale progetto, in corso di realizzazione, porterebbe ad una ulteriore razionalizzazione nell'utilizzo del personale. Un infermiere professionale è in grado di erogare mediamente 1.428 ore assistenziali all'anno (calcolando che una giornata lavorativa è di 6 ore e le giornate lavorative effettive in un anno sono mediamente 365-52 riposi, 9 festività, 36 congedi ordinari, 30 congedi vari, ovvero 238 giorni). Nella degenza breve occorre garantire l'assistenza per 261 giorni, corrispondenti a 6.264 ore poiché vanno esclusi i sabati e le domeniche. Al fine di avere almeno 115 minuti di assistenza per posto letto, con una occupazione media dell'85%, occorrono 7 unità di personale infermieristico articolate in

un turno con 2 presenze la mattina e 2 al pomeriggio (di 7 ore), 1 la notte (di 10 ore). Infatti 115 minuti per 20 posti letto (corrispondenti ad una occupazione media dell'85%) danno 2300 minuti/giorno, diviso i minuti che un'unità presta nella degenza breve, che sono 1428 ore anno, diviso 261 giorni e cioè 328 minuti, danno proprio 7 unità. Per garantire l'assistenza al *day hospital* e agli ambulatori occorrono altri 4 infermieri professionali. È infine prevista una capo sala che coordina tutta l'attività.

Per i 44 posti letto collocati al IV piano è previsto un turno articolato in 3 presenze la mattina 3 al pomeriggio (di 7 ore) e 2 la notte (di 10 ore) per un totale di 17 infermieri professionali ed una capo sala per garantire 110 minuti di assistenza con un'occupazione media posti letto dell'85%.

Il V piano con 47 posti letto deve garantire almeno 120 minuti di assistenza a posto letto con una occupa-

Tabella 5 - Attività operatoria

Sala	Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
1	8-14 14-19		Urol. Urol.	Urol.		Urol.
2	8-14 14-19	Chi. g. P.		Chi. g. P.	Chi. g. P. Chi. g. P.	Chi. g. P. Chi. g. P.
3	8-14 14-19	Chi. g. P.	Chi. g. S.	Chi. g. P. Chi. g. S.	Chi. g. S.	
4	8-14 14-19	Chi. vas.	Chi. vas.		Chi. vas.	Chi. vas.
xx	8-14	Urol.				

zione media dell'85%, considerato che vi sono alcuni letti di chirurgia vascolare. Per fare ciò occorre prevedere un turno articolato con 4 presenze la mattina, 3 al pomeriggio (di 7 ore), 3 la notte (di 10 ore), per un totale di 19 infermieri professionali ed una capo sala (tabella 6).

Le varie Unità operative nel palazzetto chirurgico risultano così riorganizzate:

— III piano: degenza breve con 24 posti letto e *day surgery/hospital* con 10 ed attività ambulatoriale;

— IV piano: 44 posti letto di chirurgia generale;

— V piano: 47 posti letto di chirurgia generale (12), vascolare (10), urologia (17) e letti a pagamento (8).

Quest'ultima organizzazione dipartimentale determina l'integrazione delle unità operative e la condivisione di risorse, superando l'assegnazione dei posti letto alle Unità operative come gruppi di letti definiti, comunque riportate indicativamente in tabella 7, ma con una gestione flessibile determinata dalle necessità. È ovvio che un letto occupato da un paziente con patologia vascolare o urologica sarà assegnato alla rispettiva specialistica, ma senza più le rigorose divisioni che prevedevano aree ben definite e separate di degenza.

10. Conclusioni

Il processo di dipartimentalizzazione ha presentato alcune criticità, esso infatti è stato ed è vissuto dalla maggior parte dei sanitari come uno stragemma per ridurre ulteriormente il personale nei servizi di assistenza e le risorse in generale, a scapito della qualità del servizio reso, che si avvierebbe ad un progressivo decadimento. Si deve poi considerare che la classe medica è abituata ad agire individualmente con delimitazioni nette di responsabilità sia cliniche che gestiona-

li. Inoltre è profondamente radicata nella cultura medica la compartimentalizzazione delle competenze con creazione di specifiche aree di potere individuale, destinate a sfumarsi all'interno di un processo di integrazione.

Tali forti competizioni, all'interno della struttura ospedaliera, hanno comportato la commistione delle competenze delle varie discipline nella gestione della stessa patologia. Attualmente queste sono spesso trattate da più unità operative con moltiplicazione della dotazione tecnologica necessaria.

Nello stesso tempo però la dipartimentalizzazione presenta alcuni punti di forza, permettendo di individuare strutture organizzative trasversali all'interno del dipartimento, facilitando l'integrazione tra le professionalità, per il trattamento di specifiche patologie e per la gestione di particolari attività, quali ad esempio l'attività ambulatoriale.

Tra i responsabili di unità operative l'individuazione del direttore del dipartimento, scelto tra i dirigenti di II livello in base ad una proposta di interventi di riqualificazione clinica ed organizzativa, rappresenta uno stimolo al cambiamento.

La necessità del controllo della spesa sanitaria, che vedrebbe una crescita esponenziale, è comunque ormai riconosciuta dagli operatori del settore e comporta la ricerca di nuove soluzioni organizzative per compensare le minori risorse assegnate. Il decentramento dell'attività organizzativa all'interno del dipartimento favorisce una maggior presa di coscienza della disponibilità economica (*budget*), dei costi e dei ricavi (contabilità per centri di costo) e degli investimenti possibili.

Si è reso necessario mettere in atto alcune strategie per favorire la realizzazione del dipartimento, poiché il contratto della dirigenza medica ha ridotto i livelli di responsabilità da tre (primario aiuto ed assistente) a due (dirigente di I e di II livello), limitando le possibilità di avanzamento di carriera, la dipartimentalizzazione permette l'individuazione di alcuni livelli di responsabilità con trattamenti economici differenziati, utilizzando la retribuzione di posizione quali: il Direttore di dipartimento, il responsabile di Unità operativa, il responsabile di modulo (7). Infine per promuovere il processo di dipartimentalizzazione fra i singoli dirigenti medici è stato fissato un obiettivo

Tabella 6 - Distribuzione dei posti letto per piano e minuti di assistenza

Collocazione	Specialistica	P.I.	I.P.	C.S.	Min/ass.
III piano	Deg. br, D.H., amb.	24-10	11	1	115
IV piano	Chir. gen.	44	17	1	110
V piano	Urol., chi. gen, vas.	47	19	1	120
	Totale	125	47	3	

Tabella 7 - Distribuzione indicativa dei posti letto per Unità operativa e specialistica

Unità operative	D.H.	Paganti	D. breve	Ordinari	Totale
Vascolare.....	2	1	3	10	15
Generale.....	5	6	15	55	83
Urologia.....	3	1	6	17	27
Totale.....	10	8	24	82	125

specifico nell'ambito della retribuzione di risultato.

Ad oltre due anni dalla costituzione formale del dipartimento chirurgico si è constatato che è necessario completare la formazione dei dirigenti medici alla nuova organizzazione che rende indistinti i letti assegnati alle unità operative «letti del dipartimento». Il medico nella sua autonomia professionale diviene il vero curante del paziente assegnatogli.

La semplice aggregazione in un'unica struttura delle unità operative ha portato ad una diversa utilizzazione del personale, con un risparmio di circa 500 milioni anno (4%).

Il miglioramento dell'efficienza organizzativa a tutt'oggi presenta notevoli margini di sviluppo con ulteriori

riduzioni dei costi diretti, attuando ad esempio la degenza breve. Il miglioramento dell'efficacia porterà ad un aumento delle entrate legata alla qualificazione professionale ed all'aumento dei DRG con peso più elevato, peraltro diretta conseguenza del miglioramento organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 (suppl. ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992), *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517 (suppl. ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 293 del 15 dicembre), *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in*

materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

LEGGE 28 DICEMBRE 1995, N. 549 (finanziaria 1996) (suppl. ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 29 dicembre 1995), *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.*

LEGGE 30 DICEMBRE 1991, N. 412 (finanziaria 1992) (Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 dicembre 1991), *Disposizioni in materia di finanza pubblica.*

LEGGE 12 FEBBRAIO 1968, N. 132 (Gazzetta Ufficiale n. 68 del 12 marzo 1968), *Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera.*

DECRETO MINISTERIALE 13 SETTEMBRE 1988 (Gazzetta Ufficiale n. 225 del 24 settembre 1988), *Determinazione degli standards del personale ospedaliero.*

PROVVEDIMENTO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 SETTEMBRE 1996 (suppl. ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 304 del 30 dicembre 1996), *Contratto collettivo nazionale di lavoro ... per la dirigenza medica e veterinaria ...*

UN PROGETTO DI COLLABORAZIONE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL 2 DI LUCCA

D. Garibaldi¹, S. Gostinicchi², A. Muscente³, A. Tomasi⁴, R. Faillace⁵, E. Vendramini⁶

AUSL 1 - Lucca

1 S.A. Farmaceutica Territoriale

2 Staff Direttore Sanitario

3 U.O. Attività Sanitarie di Comunità

4 Direzione Sanitaria

5 Direzione Generale

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'accordo 1998-1999 - 3. Reportistica - 4. Conclusioni.

1. Premessa

1.1. Il contesto

L'Azienda USL n. 2 comprende un territorio la cui superficie ammonta a 1416,82 Km²; amministrativamente è ripartita in due zone, Piana di Lucca e Valle del Serchio. Dal punto di vista oro-geografico è articolata in pianura, collina e montagna, distinta altimetricamente in due zone, comprendenti 28 Comuni, di cui 5 di pianura e gli altri 23 collocabili nella zona altimetrica della collina e della montagna interna.

Strutturalmente la popolazione residente, che ammontava a 217.798 abitanti al 31 dicembre 1997, è così distribuita: 11,4% per la classe 0-14 anni, 66,7% per la fascia dei 15-64 e 21,8% per la fascia oltre i 65 anni di età. Quest'ultima categoria costituisce nella Piana di Lucca il 21,1% e nella Valle del Serchio il 23,7% della popolazione generale.

L'indice di vecchiaia, è di 190,4 anziani ogni 100 giovani (210,6 nella Valle del Serchio, 182,9 nella Piana di Lucca) contro quello medio regionale di circa 182 (1995), mentre l'indice di dipendenza, è di 0.50 contro quello regionale di 0.47 (1991) ed il nazionale di 0.45 (1991). Il tasso di natalità è pari a 7,46, contro quello regionale di

7,1 (1996) e nazionale di 9,4 (1996); quello di mortalità è pari a 12,47, con un quoziente di incremento naturale di -5,02.

Sul territorio dell'Azienda sono presenti due presidi ospedalieri, uno dei quali a Lucca (650 p.l.), l'altro in Valle del Serchio, articolato in due stabilimenti (240 p.l.).

1.2. I Distretti

Il territorio dell'Azienda è articolato in 10 Distretti (figura 1), sei dei quali sono situati nella Zona Piana di Lucca, quattro nella Valle del Serchio.

Nel corso del 1998 i dieci Distretti della Azienda USL 2 - Lucca hanno assistito a domicilio sotto forma di ADI, ADP ed assistenza estemporanea 4.117 pazienti, con un impegno orario medio di circa 7 ore/mese di assistenza infermieristica per 44 I.P. domiciliari.

Il tasso di copertura da parte del servizio ha raggiunto l'8,7% della popolazione anziana.

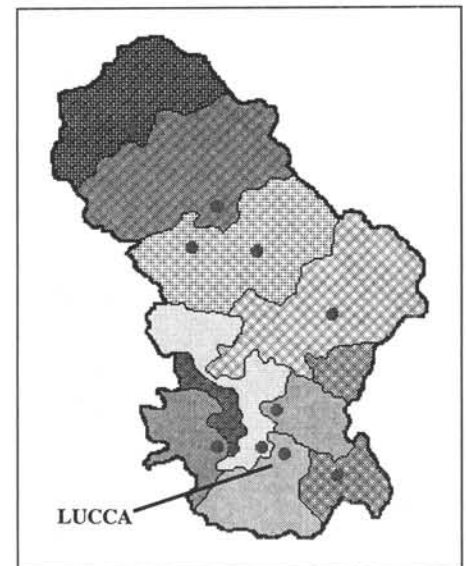
1.3. I medici di medicina generale

Attualmente sono convenzionati con l'Azienda 196 medici di medicina generale (figura 2).

Sono operanti 11 medicine di gruppo, che raccolgono 46 medici di medicina generale (23,5% del totale).

Le Organizzazioni sindacali presenti nella zona sono FIMMG e SNAMI.

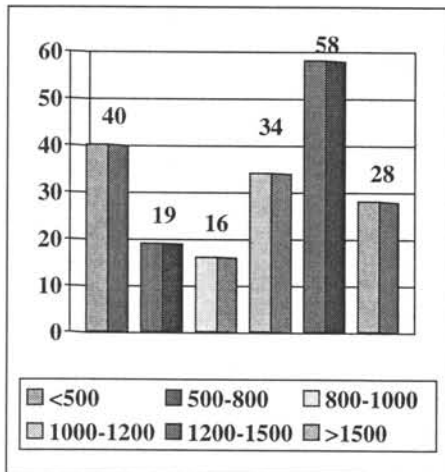
Figura 1 - Il territorio dell'Azienda ed i Distretti



Si ringraziano i medici di medicina generale riuniti nei *team* che, con la loro collaborazione, hanno reso possibile la realizzazione dell'accordo.

Si ringraziano Giulio Bernacchi per l'indispensabile contributo alla realizzazione della reportistica relativa ai ricoveri e tutti coloro che all'interno dell'Azienda hanno collaborato.

Figura 2 - Medici di medicina generale per ampiezza di scelte



1.4. Il consumo di risorse sanitarie: dati storici

La spesa farmaceutica procapite netta nel 1996 era pari a L. 207.578 (superiore del 4,79% rispetto alla media regionale dello stesso anno), con una maggior spesa di circa 2 miliardi di lire; nel 1997 il valore netto procapite è passato a L. 214.400 (+ 2,68% rispetto alla media regionale).

Il tasso di ospedalizzazione, partendo dal valore del 223.05/1.000 del 1995, nel 1996 era pari al 210/1.000, contro un valore di riferimento individuato dalla Regione Toscana sulla popolazione pesata per età di 162/1.000; nel 1997 è stato registrato un tasso pari a 176,09.

Ricoveri in compensazione passiva: i ricoveri di cittadini residenti fruiti nel 1996 in strutture pubbliche e private extra aziendali e in case di cura accreditate presenti sul territorio della USL ammontavano a 10.697, pari al 23,39% del totale ricoveri, con un onere finanziario di 44,9 miliardi di lire; l'anno successivo il volume è stato sostanzialmente stabile e pari a 10.372.

1.5. Il progetto di collaborazione 1997

Nel secondo trimestre 1997 è stato siglato un accordo di collaborazione

fra Azienda e medici di medicina generale. Essenzialmente il progetto perseguiva l'obiettivo di contenere la spesa per l'assistenza farmaceutica ed i ricoveri entro tetti programmati. Tali tetti erano stati stabiliti, in accordo con le OO.SS.:

- sulla base dei dati storici pesati per età, sullo scostamento dalla media regionale e sulla reale disponibilità di risorse per il settore farmaceutico;

- sulla base del tasso storico di ospedalizzazione, sui dati di compensazione passiva e sul tasso ideale di ospedalizzazione stabilito dalla Regione Toscana per il settore ricoveri.

I due obiettivi dovevano essere entrambi raggiunti perché si avesse l'accesso alla quota incentivante, al fine di evitare semplici «spostamenti» nel consumo di risorse assistenziali da un settore all'altro. Dal momento che i tetti erano calcolati su un bisogno assistenziale «ottimale» grazie al confronto con popolazioni di riferimento simili a quella dell'Azienda, l'aggancio dei due obiettivi consentiva comunque di mantenere livelli qualitativamente idonei di assistenza.

All'accordo hanno aderito oltre l'86% dei medici, sia in forma individuale che di gruppo. Rispetto alla proposta iniziale da parte dell'Azienda, che prevedeva esclusivamente la partecipazione in gruppi distrettuali, durante la contrattazione si è reso infatti necessario prevedere anche la possibilità di partecipazione individuale.

L'aggregazione distrettuale dei medici è comunque stata stimolata attraverso incontri tenuti con i partecipanti al progetto nelle sedi dei Distretti; si è al contempo cercato di incrementare la quantità e la qualità dei rapporti con i medici responsabili di Distretto, che sono stati coinvolti nella gestione del progetto. L'andamento generale del

progetto è stato seguito da un Gruppo di coordinamento cui hanno partecipato componenti dell'Azienda e rappresentanti dei medici.

Ogni medico e gruppo di medici ha ricevuto ogni trimestre l'informazione relativa alla propria attività prescrittiva farmaceutica, sia in termini quantitativi (spesa) che qualitativi (principi attivi). In particolare, i report relativi alla spesa farmaceutica contenevano informazioni sulla spesa aziendale, personale, del gruppo di adesione e dell'eventuale medicina di gruppo. I dati di spesa erano disaggregati per fasce d'età e rapportati allo scostamento da una quota teorica assegnata proporzionalmente alla composizione numerica e per età degli assistiti. La quota di risorse era assegnata in base ad un sistema di pesi che teneva conto dell'assorbimento storico di risorse farmaceutiche nell'anno precedente suddiviso in cinque fasce d'età. La spesa era scomposta nella quota prescritta direttamente dal medico e nella frazione di prescrizione specialistica attribuibile agli assistiti del medico stesso.

Per i ricoveri, essendo la base di dati ancora da perfezionare nella parte di attribuzione al singolo medico, sono stati trasmessi ai medici solo report contenenti il dato aziendale paragonato ad un volume teorico calcolato sul progressivo riallineamento al parametro regionale. Anche in questo caso il dato era disaggregato per fasce d'età; il sistema dei pesi era calcolato in base ai tassi storici di ricovero età-specifici.

Durante l'applicazione dell'accordo l'Azienda e gli stessi medici di medicina generale hanno potuto costruire un costante confronto sui temi comuni da cui sono emersi molti spunti operativi su aree critiche da migliorare, quali per esempio l'integrazione ospedale-territorio ed il rapporto con gli specialisti. Inoltre quanti hanno

partecipato in gruppo hanno potuto sperimentare ed apprezzare il superamento della dimensione individuale del lavoro e la programmazione per obiettivi.

Tali fattori hanno consentito di creare le premesse e la disponibilità verso l'accordo attuale, che si è inserito sul precedente come forma di evoluzione.

Alla fine del 1997 l'obiettivo relativo alla spesa farmaceutica non era stato raggiunto, anche se l'incremento di spesa è stato contenuto se confrontato con le previsioni e con gli andamenti regionali.

L'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione è stato raggiunto parzialmente, poiché il numero di ricoveri interni si è ridotto sensibilmente consentendo di conseguire il tasso di ospedalizzazione previsto, mentre le compensazioni passive si sono ridotte in misura inferiore rispetto all'obiettivo prefissato.

2. L'accordo 1998-1999

2.1. Il disegno dell'accordo 1998-1999

Nell'ottobre 1998, con alcuni mesi di anticipo rispetto alla naturale conclusione dell'accordo 1997, l'Azienda, di concerto con i medici di medicina generale, ha deciso di rivedere il progetto in relazione all'esigenza di migliorare alcuni aspetti che non parevano funzionali al raggiungimento degli obiettivi e di superare un modello organizzativo non più ottimale anche in relazione all'evoluzione dei rapporti e della collaborazione fra i medici stessi e con l'Azienda.

In particolare uno dei limiti dell'accordo 1997 era rappresentato dalla possibilità di aderire in modo individuale; l'esperienza acquisita nei mesi precedenti aveva consentito di dimo-

strare la forte valenza positiva del lavoro congiunto, fonte di confronto fra colleghi e stimolo al coinvolgimento ed all'adesione.

L'accordo 1998, elaborato con la collaborazione dell'Università Bocconi, recepisce quest'ultimo aspetto prevedendo quale forma di partecipazione privilegiata il *team* di medici di medicina generale. Il *team* costituisce un modello organizzativo sperimentale, diverso dalle forme di associazionismo previste dagli accordi nazionale e regionale.

È formato da medici di medicina generale che operano in contiguità territoriale che decidono spontaneamente e volontariamente di riunirsi periodicamente per discutere aspetti tecnico-professionali al di fuori delle regole della medicina di gruppo. Può darsi regole interne di organizzazione e metodo di lavoro. Individua un medico con funzione di referente che mantenga il collegamento fra l'Azienda ed i medici di medicina generale stessi. La dimensione ottimale del bacino assistiti è costituita da 10.000 unità, identificate come base dati indispensabile ad evitare le distorsioni generate dalle peculiarità di composizione per fascia di età e patologia.

Il *team* adotta obiettivi interni scelti liberamente e tarati sulla realtà e sulle criticità locali e li negozia con l'Azienda. Ciascun *team* si assume l'impegno di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso la collaborazione ed il confronto reciproci. Si riunisce con frequenza almeno mensile.

I medici che aderiscono al *team* sono definiti nell'ambito del progetto «sperimentatori». I medici sperimentatori, quale supporto all'attività da svolgere in *team*, ricevono dall'Azienda una quota di ingresso a titolo di rimborso per le spese sostenute («quota aggiuntiva per adesione in *team*»). Tale quota, pari a L. 1.500/as-

sistito, è stata in parte impiegata dai *team*, su proposta concordata con l'Azienda, per ampliare il servizio di continuità assistenziale alle ore 8.00-14.00 del sabato per tutto il periodo dell'accordo; le ore così rese disponibili sono impiegate per riunirsi, per iniziative di formazione ed aggiornamento, per incontri fra i *team* e con l'Azienda.

I medici che decidono di aderire all'accordo in forma individuale sono definiti nell'ambito dell'accordo «non sperimentatori». Ai medici non sperimentatori non sono assegnate risorse preliminari.

2.2. Gli obiettivi ed il sistema incentivante

Rispetto all'accordo 1997, gli obiettivi sono stati definiti tenendo presente non tanto un tetto di spesa, quanto la possibile ricaduta sulla qualità dell'assistenza. Si è cercato infatti di lavorare sul modello terapeutico più che sull'impatto finanziario, incentrando l'accordo sulla elaborazione di linee guida, nate dai *team* e concordate fra tutti i *team* dell'Azienda e concertate quindi con lo specialista ospedaliero.

La costruzione delle linee guida e la successiva fase di concertazione ha lo scopo di superare il tradizionale modello individualistico di approccio al paziente e di favorire l'integrazione con lo specialista, ospedaliero e non.

I settori scelti quali aree critiche sulle quali incentrare gli obiettivi sono anche questa volta la prescrizione farmaceutica ed i ricoveri.

Gli obiettivi relativi all'ultimo trimestre 1998 sono stati dunque rinegoziati al fine di predisporre la base dell'accordo 1998 ed al fine di sperimentare il nuovo metodo di lavoro e la nuova reportistica. Gli obiettivi ed il

sistema incentivante sono indicati in tabella 1. Si tratta di tre obiettivi aziendali, non negoziabili a livello di *team*; questo allo scopo di attendere il consolidamento del nuovo modello organizzativo.

Viceversa, gli obiettivi 1999 proposti dall'Azienda e concordati con le OO.SS. prevedono, sempre nell'ambito dei due settori sopra indicati, una batteria di opzioni fra le quali i *team* hanno potuto scegliere durante la fase di contrattazione con l'Azienda. Tale contrattazione è stata preceduta dall'invio di un gruppo di *report* sul periodo temporale antecedente quello coperto dall'accordo (primo semestre 1998 raffrontato al primo semestre 1997) per tutti gli obiettivi previsti al fine di familiarizzare con gli indicatori.

La tabella 2 mostra il dettaglio degli obiettivi e del sistema di pesi per l'allocatione degli incentivi. La quota incentivante è pari a L. 2.500/assistito; tale quota sarà destinata ad essere reinvestita nel miglioramento di qualità dell'assistenza sotto forma di «fondo di *team*», utilizzabile in varie forme quali abbonamento a riviste, acquisto di PC, attività di aggiornamento, partecipazione alle spese di ambulatorio.

Gli obiettivi sull'assistenza farmaceutica comprendono:

- riallineamento alla media regionale;
- applicazione di linee guida.

Relativamente a quest'ultimo obiettivo, i *team* possono proporre e concordare con l'Azienda tematiche ritenute di interesse; l'Azienda raccomanda in ogni caso tre temi ritenuti prioritari in base al *mix* storico di prescrizione:

- 1) antiipertensivi;
- 2) antitrombotici;
- 3) antibiotici intramuscolo/orali.

Gli obiettivi relativi ai ricoveri comprendono:

— riduzione dell'*export* sanitario del 10% rispetto al dato 1998;

— riduzione del 10% dei ricoveri sia interni che in compensazione passiva per i primi cinque DRG medici rispetto all'anno 1998;

— applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici.

I primi cinque DRG medici dell'Azienda sono indicati in tabella 3, assieme al dato storico 1997. L'analisi dei dati mostra come tali ricoveri siano in

Tabella 1 - Obiettivi e sistema incentivante ultimo trimestre 1998

Obiettivo	Peso	Incentivo
Razionalizzazione spesa farmaceutica in linea con media regionale <i>procapite</i> netta sulla popolazione residente.....	33	L. 500/ass.
Riduzione <i>export</i> sanitario dell'8% rispetto all'ultimo trimestre 1997.....	33	L. 500/ass.
Programmazione di linea guida.....	33	L. 500/ass.

Tabella 2 - Obiettivi e sistema premiante 1999

Obiettivi	Peso incentivazione
<i>Farmaceutica</i>	
Collocazione in media regionale.....	25%
Applicazione linee guida.....	15%
<i>Ricoveri</i>	
Riduzione del 10% delle fughe.....	35%
Riduzione del 10% dei DRG medici.....	15%
Applicazione protocolli diagnostico terapeutici.....	10%
Totali	160%

Tabella 3 - Primi cinque DRG medici; anno 1997

DRG	Volume 1997
14 Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio.....	617
88 Malattia polmonare cronica ostruttiva.....	515
127 Insufficienza cardiaca e <i>shock</i>	884
183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente > 17 anni senza cc.....	557
243 Affezioni mediche del dorso.....	642

molti casi ripetuti; il dettaglio delle diagnosi principali di dimissione (tabella 4) evidenzia una alta percentuale interna di patologie trattabili con forme assistenziali alternative, quali l'assistenza domiciliare, il percorso ospedaliero privilegiato e talvolta l'assistenza ambulatoriale. Per questo motivo si pone l'obiettivo di ottimizzare l'impiego del ricovero sviluppando, per i casi in cui ciò sia appropriato, la soluzione alternativa.

Gli obiettivi per i non sperimentatori, ovvero per coloro che hanno aderito

in forma individuale, sono esclusivamente quelli a valenza aziendale, dato che il lavoro in gruppo è ritenuto un presupposto fondamentale per lo sviluppo degli altri obiettivi. Il relativo fondo incentivante è pari a L. 2.000/assistito.

2.3. La formazione dell'accordo

L'Azienda ha predisposto un canovaccio di accordo quadro, che è stato rivisto e concordato con le OO.SS. dei medici di medicina generale pre-

senti sul territorio. A seguito della firma di tale accordo quadro i medici sono stati invitati ad una giornata di formazione-informazione sui nuovi modelli organizzativi per la medicina generale sperimentati in altre realtà e sul contenuto dell'accordo stesso. Le OO.SS. firmatarie hanno presentato il progetto assieme ai rappresentanti dell'azienda. All'incontro hanno aderito la quasi totalità dei medici di medicina generale.

La composizione dei *team* è stata esemplificata attraverso una proposta

Tabella 4 - Primi cinque DRG medici; diagnosi principale di dimissione, anno 1997

DRG		ICD	% composizione interna 1997
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	Disturbi circ. cerebr. mal definiti	31,91
		Trombosi cerebrale	25,16
		Occlusione arteria cerebrale NAS	17,60
		Emorragia cerebrale	9,38
		Embolia cerebrale	5,26
		Altre	10,79
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	Bronchite cronica ostruttiva	83,80
		Enfisema	4,67
		Bronchite cronica	4,21
		Altro	7,32
127	Insufficienza cardiaca e shock	Insufficienza cardiaca congestizia	47,21
		Insufficienza cardiaca sinistra	36,77
		Shock senza menzione di trauma	13,83
		Altre	2,18
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente > 17 anni senza cc	Colica addominale	16,23
		Colite, enterite, gastroent. presunta infett.	5,09
		Colon irritabile	8,49
		Diverticolosi colon	7,17
		Ernia diaframmatica	7,17
		Esofagite	5,28
		Gastrite acuta	8,11
		Gastrite e duodenite NAS	8,49
		Altre	33,96
243	Affezioni mediche del dorso	Dislocaz. disco intervert. lomb./tor. senza mielop.	15,94
		Lombaggine	13,95
		Frattura vertebra lomb., chiusa	10,33
		Sciatica	9,06
		Spondilosi sede non specif.	7,79
		Frattura vertebra tor., chiusa	7,61
		Distors. e distraz. collo	4,71
		Cervicalgia	2,90
		Altre	27,72

di aggregazione su criteri di contiguità territoriale.

Nello stesso periodo è stata effettuata formazione specifica per i medici dei distretti, che partecipano attivamente all'accordo curando i rapporti con i *team*.

Le adesioni sono quindi state raccolte presso la U.O. attività sanitarie di Comunità, cui è affidata la gestione dell'accordo; oltre all'adesione, i medici hanno comunicato la composizione dei *team* ed il nominativo dei referenti.

2.4. Le adesioni

Hanno aderito all'accordo l'84,1% dei medici (164, figura 3). Solo il 10,3% (17 medici) ha preferito l'adesione individuale. Le adesioni in *team* rappresentano l'86,6% del totale delle adesioni.

Team nati con l'accordo sono in totale 15 (figura 4); il più recente si è formato nel gennaio 1999 da medici che avevano aderito individualmente.

Alcuni *team* assistono popolazioni di numerosità inferiore o superiore allo *standard* stabilito; tuttavia si è scelto di accettarli ugualmente considerando come ulteriori criteri la già maturata esperienza di lavoro in gruppo durante l'accordo precedente per i *team* più grandi.

2.5. La gestione dell'accordo

La gestione dell'accordo è stata affidata ad un Gruppo di coordinamento, composto da Direttore sanitario, Direttore U.O. attività sanitarie di comunità, un medico dello *staff* del Direttore sanitario, un farmacista e da quattro rappresentanti dei medici di medicina generale nominati dal Comitato consultivo.

I compiti del Gruppo di coordinamento sono:

- analisi dei dati, delle iniziative collegate all'accordo e degli aspetti organizzativi;

- valutazione dell'andamento dell'accordo, analisi e proposte di miglioramento;

- coordinamento dell'attività dei *team*;

- implementazione dell'integrazione con gli specialisti ospedalieri e territoriali;

- verifica del raggiungimento degli obiettivi da parte dei *team*.

Il gruppo si riunisce mensilmente e comunica ai *team* la propria attività.

2.6. La contrattazione degli obiettivi

Nel dicembre 1998 l'Azienda ha contrattato gli obiettivi 1999 con i singoli *team*. La contrattazione era stata preceduta da un primo incontro (novembre 1998) nel corso del quale erano state indicate le modalità di contrattazione ed erano stati indicati i settori ritenuti dall'Azienda prioritari sui quali elaborare linee guida.

Per la contrattazione è stata predisposta una apposita scheda (figura 5)

contenente gli indicatori e lo *standard* relativi a ciascun obiettivo. Gli obiettivi contrattati in quella sede sono stati quelli già individuati dall'Azienda nella riunione preliminare, non avendo in questa prima fase nessun *team* avanzato proposte diverse.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica sono stati proposti:

- riallineamento della spesa netta *pro capite* alla media regionale;

Figura 3 - Adesioni all'accordo



Figura 4 - Composizione dei *team*

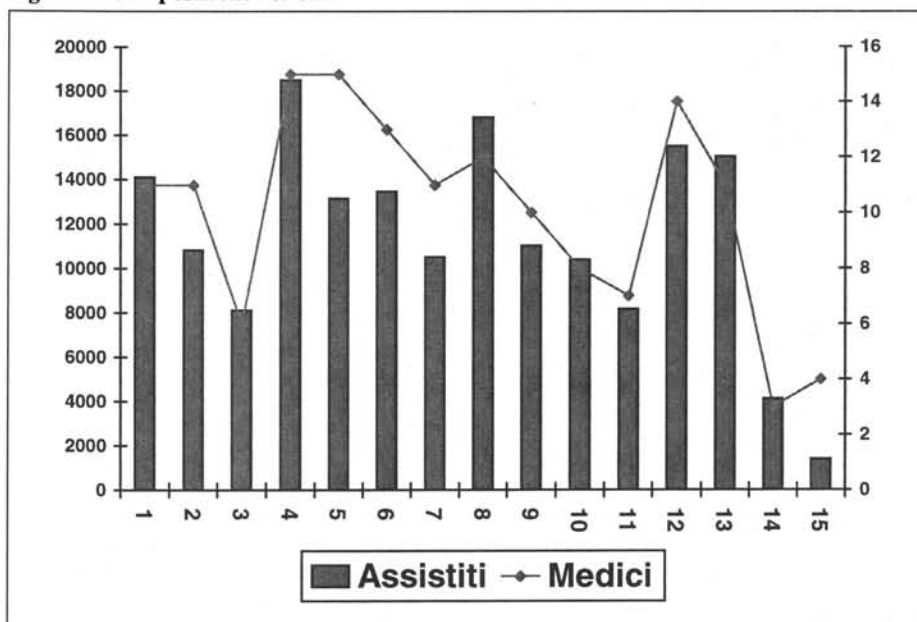


Figura 5 - Scheda di negoziazione obiettivi

Azienda USL 2 - Lucca				Team: Y			
Progetto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale							
Antibiotici				Antipertensivi			
	DDD% I sem.	DDD% obiettivo proposto	DDD% obiettivo concordato		DDD% I sem.	DDD% obiettivo proposto	DDD% obiettivo concordato
Antibiotici IM	10,27	3,70	Y	Diur e B.blocc	25,63	25,73	Y
Antibiotici OS	89,73	96,30	Y	ACE-i. e Ca-ant.	74,37	74,37	Y
Antitrombotici				Spesa farmaceutica netta procapite			
	DDD/1000 I sem.	DDD/1000 obiettivo proposto	DDD/1000 obiettivo concordato	Obiettivo			
Calciparina	7,54	4,00	Y	Media regionale			
Primi 5 DRG medici				Compensazioni passive			
	Stima 98	DDD% obiettivo proposto	DDD% obiettivo concordato		Stima 98	DDD% obiettivo proposto	DDD% obiettivo concordato
Numero ricoveri	68	68	Y	Numero ricoveri	246	212	Y
Riduzione %		0	Y	Riduzione %		14	Y
data _____				Il Referente Team _____			
				Il Direttore Sanitario _____			

— profili prescrittivi di antibiotici orali/iniettivi, terapia antitrombotica, terapia antiipertensiva.

Per ciascun obiettivo sono stati proposti indicatori adeguati a rilevare il fenomeno attraverso la disaggregazione della prescrizione globale della classe terapeutica in specifiche categorie/associazioni di principi attivi. Tali indicatori utilizzano come unità di misura la DDD (*Daily Defined Dosage*) o Dose Media Giornaliera, definita come dose media giornaliera per l'indicazione principale di un principio attivo nel paziente adulto; è un valore convenzionale stabilito internazionalmente per ogni principio attivo e permette il confronto fra i consumi di principio attivo prescindendo dalle differenze di confezionamento esistenti in paesi diversi. (Fonte metodologica di riferimento: pubblicazioni del *Nordic Council of Medicine*).

Gli *standard* suggeriti dall'Azienda sono stati individuati attraverso la ponderazione fra il dato storico aziendale, gli *standard* suggeriti dalla bibliografia specifica ed i dati relativi ad un vasto campione di popolazione to-

scana e veneta relativo al 1998 (Progetto ARNO).

Gli obiettivi relativi ai ricoveri ospedalieri hanno utilizzato come indicatori:

- il numero dei ricoveri per i primi cinque DRG medici;
- il numero di ricoveri presso strutture extra Azienda.

Lo *standard* proposto dall'Azienda ai singoli *team* è stato calcolato sulla base dello scostamento del dato storico di *team* dall'obiettivo aziendale (- 10%), ponderato per i DRG medici sulla popolazione del *team* pesata per età e nel caso delle fughe sulla posizione territoriale dei *team* rispetto ai confini geografici dell'Azienda. Ciò allo scopo di graduare l'obiettivo «secco» aziendale sulla reale potenzialità di intervento dei *team*. È infatti evidente che medici che operano in territori prospicienti i confini dell'Azienda, dove la viabilità e le condizioni geografiche costituiscono fattori favorevoli l'*export* sanitario, potranno porsi obiettivi ben diversi da colleghi che operano nel territorio circostante un presidio ospedaliero aziendale; parimenti, i *team* che assistono quote di

anziani proporzionalmente superiori potranno porsi obiettivi quantitativamente inferiori rispetto a *team* con popolazioni più giovani. In conclusione, la pesatura dell'obiettivo agisce come una sorta di standardizzazione che, eliminando i fattori confondenti, si pone lo scopo di richiedere un pari sforzo ai differenti *team*.

Nella negoziazione i singoli referenti di *team* hanno concordato con l'Azienda i valori da raggiungere per i singoli obiettivi. L'obiettivo concordato in questa prima fase non ha sempre coinciso con l'obiettivo proposto dall'Azienda.

I referenti dei *team* si sono impegnati, firmando la scheda assieme al Direttore sanitario, a presentare gli obiettivi negoziati ai componenti del *team* di appartenenza ed a comunicare nei giorni successivi eventuali scostamenti rispetto a quanto concordato.

È stata prevista per il giugno 1999 una seconda seduta di contrattazione durante la quale potranno essere rivisti gli obiettivi congiuntamente ritenuti non più strategici.

2.7. Le linee guida: elaborazione e consenso

Una considerevole parte del lavoro affrontato dai *team* è stata dedicata alla elaborazione di linee guida. Gli argomenti proposti dai *team* investono, oltre ai settori critici già individuati dall'Azienda, anche modelli terapeutico-diagnostici complessi, quali la gestione di particolari tipologie di paziente (per esempio il paziente diabetico) o altri argomenti di rilevante interesse per il medico di medicina generale, quali l'interpretazione della normativa sulle note CUF.

In una prima fase il Gruppo di coordinamento ha stimolato il lavoro dei singoli *team* affinché ogni gruppo di medici individuasse una lista di tematiche di interesse e producesse un do-

cumento concertato da tutti i partecipanti.

A questa prima fase è seguita la raccolta delle tematiche elaborate a livello aziendale; le linee guida elaborate dai singoli *team* su pari argomenti sono quindi state raccolte e trasformate in documenti aziendali da concordare con gli specialisti del settore.

A tale fine gli stessi medici di medicina generale, nell'ambito del Gruppo di coordinamento del progetto, hanno organizzato una serie di incontri fra i *team* sulle specifiche tematiche, dettando i criteri organizzativi per lo svolgimento della discussione (tabella 5).

Il Gruppo di coordinamento stesso si fa garante della parità fra i singoli medici di medicina generale e fra *team* e specialisti.

Questo processo rappresenta la concretizzazione del superamento dell'approccio individualistico al paziente ed una prima transizione verso un nuovo modello culturale che riconosce quale valore centrale la discussione ed il confronto fra pari.

2.8. L'attività dei team

Durante questi primi mesi di attuazione dell'accordo i *team* hanno così orientato la propria attività:

— discussione sui dati di attività del *team*, basata sulle informazioni contenute nella reportistica o su dati *ad hoc* richiesti dai partecipanti all'Azienda; tutti i *team* si sono organizzati prevedendo incontri periodici cui in alcune occasioni è invitato a partecipare anche il medico di distretto; molti *team* informano il Gruppo di coordinamento sul contenuto di tali riunioni attraverso contatto diretto o sintesi scritte;

— proposte all'Azienda su settori critici, quali non ottimali distribuzioni dei servizi e strategie di risoluzione anche attraverso la creazione di punti di erogazione congiunti (ambulatorio di medicina di gruppo con proiezioni

ambulatoriali specialistiche aziendali). Tali suggerimenti sono di enorme valenza in quanto i medici di medicina generale sono i veri conoscitori e sensori sia dei bisogni della popolazione sia delle specifiche realtà territoriali;

— incontri con i servizi di erogazione e con gli specialisti, sia con la mediazione dell'Azienda che autonomi, allo scopo di approfondire l'offerta di prestazioni, indicazioni e protocolli di accesso, anche concordati. In questo senso, il sostegno della Direzione aziendale ed il «potere contrattuale» del *team*, cioè del gruppo dei medici di medicina generale anziché del singolo, offrono rinnovate e concrete possi-

bilità di creare una reale maggior integrazione con i settori specialistici. È già stato possibile elaborare e distribuire un «portafoglio» di attività delle UU.OO. ospedaliere che riporta anche orari privilegiati di ricevimento dei Direttori per i medici di medicina generale; si sono svolti numerosi incontri congiunti su singole tematiche;

— nascita di due nuove medicine di gruppo fra componenti dei *team*; il collegamento funzionale fra i medici di medicina generale evolve verso forme di collegamento organizzativo;

— iniziative interne di formazione, gestite sia autonomamente che congiuntamente fra i *team*.

Tabella 5 - Procedura di consenso sulle linee guida

Il Gruppo di coordinamento del progetto di collaborazione con i medici di medicina generale stabilisce che i criteri adottati per la costruzione del consenso sulle linee guida concordate nell'ambito dell'accordo siano così stabiliti:

Per ciascuna tematica viene stabilita una data di incontro, cui parteciperanno rappresentanti di ogni team e dell'Azienda. Al termine di tali incontri sarà prodotto un documento aziendale che sarà poi concordato con gli specialisti ospedalieri. La giornata prescelta per gli incontri è tendenzialmente il primo sabato del mese.

I team comunicano al Gruppo di coordinamento le tematiche cui sono interessati. Il Gruppo di coordinamento si incarica di aggiornare il calendario degli incontri.

Ogni incontro prevede la presenza di:

— un moderatore, individuato dal Gruppo di coordinamento fra i rappresentanti dell'Azienda; il compito del moderatore è quello di introdurre l'argomento oggetto della linea guida, assicurare il rispetto della scaletta preordinata degli interventi e dei tempi di durata dei singoli interventi;

— uno o più relatori, scelti fra i componenti dei team che hanno aderito alla discussione sulla specifica linea guida, che nominano un coordinatore. Il compito dei relatori consiste nel relazionare sui lavori già preparati dal proprio team. Il coordinatore, assieme ai relatori, prepara la riunione esaminando i documenti prodotti e predisponendo una scaletta degli interventi. Predisporre il documento aziendale che sarà concordato nel corso dell'incontro. Concorda con i team la periodicità delle revisioni.

Allo scopo di poter predisporre l'organizzazione dell'incontro i team interessati a discutere le singole tematiche devono trasmettere con almeno dieci giorni di anticipo al Gruppo di coordinamento il proprio materiale; lo stesso Gruppo di coordinamento si impegna a trasmettere il materiale ai singoli team ed al moderatore.

Gli elementi portati in discussione devono essere oggettivati precisando le fonti.

Gli interventi non preordinati devono essere prenotati ed avranno una durata massima di 5 minuti.

L'Azienda si impegna a fornire un segretario verbalizzante.

Ogni giornata si articola nelle seguenti fasi:

introduzione del moderatore;

relazioni preordinate;

interventi prenotati;

discussione aperta;

chiusura dei lavori.

Il documento prodotto sarà trasmesso a tutti i team per la sottoscrizione.

I primi dati relativi al periodo coperto dall'accordo mostrano tendenze positive, con un riallineamento alla media regionale della spesa farmaceutica procapite, che nel 1998 si è attestata allo 0,85% al di sopra del dato regionale, contro il 2,7% del 1997 (figura 7) ed una riduzione del 4,8% dell'export sanitario nel quarto trimestre 1998 contro lo stesso periodo del 1997. Il tasso di ospedalizzazione si è ridotto di oltre 5 punti, escludendo i ricoveri in *nursery*.

Dai dati preliminari relativi all'assistenza farmaceutica si osserva una generale tendenza al miglioramento qualitativo nel *mix* di utilizzo dei farmaci, frutto del confronto reciproco.

3. Reportistica

Il monitoraggio degli obiettivi individuati dall'accordo si avvale di una specifica reportistica che viene inviata ai partecipanti.

3.1. Ricoveri

A conclusione di ogni trimestre di attività sono elaborati due *report* relativi ai ricoveri.

La struttura generale dei *report* per i medici che operano in *team* comprende tre livelli di disaggregazione del dato (figura 6):

- quadro relativo al medico di medicina generale: ricoveri compiuti nel periodo da assistiti in carico al singolo;

- quadro relativo al *team*: ricoveri compiuti nel periodo dagli assistiti in carico ai medici di medicina generale che compongono il *team*;

- quadro relativo all'Azienda: ricoveri compiuti nel periodo da tutti gli assistiti.

Il quarto quadro mostra:

- obiettivo negoziato e scostamento del dato di *team* dall'obiettivo.

Il dato relativo ad ogni trimestre è riportato in paragone allo stesso periodo dell'anno precedente (es.: primo trimestre 1998 e primo trimestre 1999), assieme alla differenza fra i due periodi.

L'elaborazione dei *report* deriva dall'aggancio del file contenente le Schede di dimissione ospedaliera (SDO), relative ai ricoveri fruiti sia nelle strutture aziendali che presso terzi (compensazioni passive) con l'ana-

Figura 6 - Struttura del *report* relativo ai ricoveri

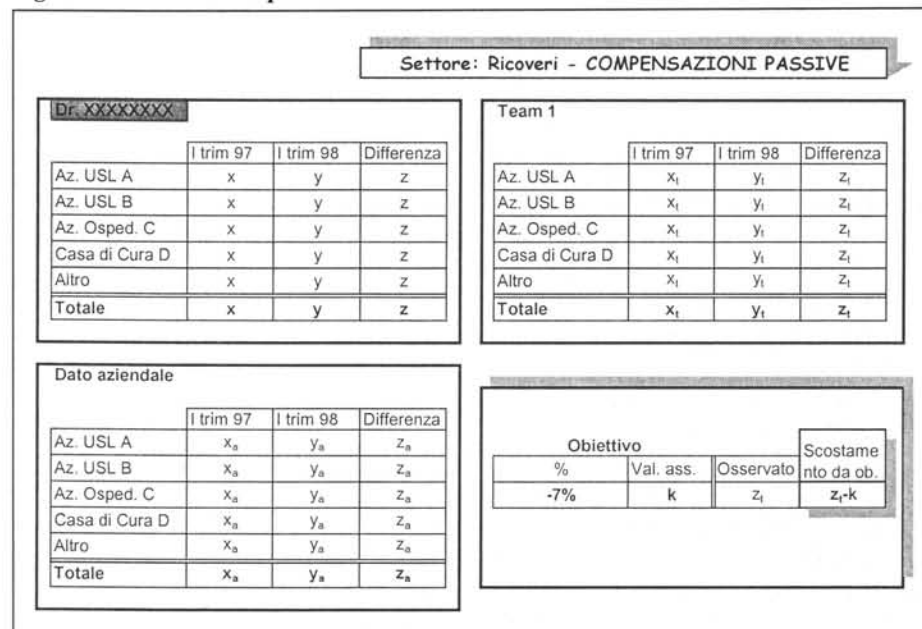
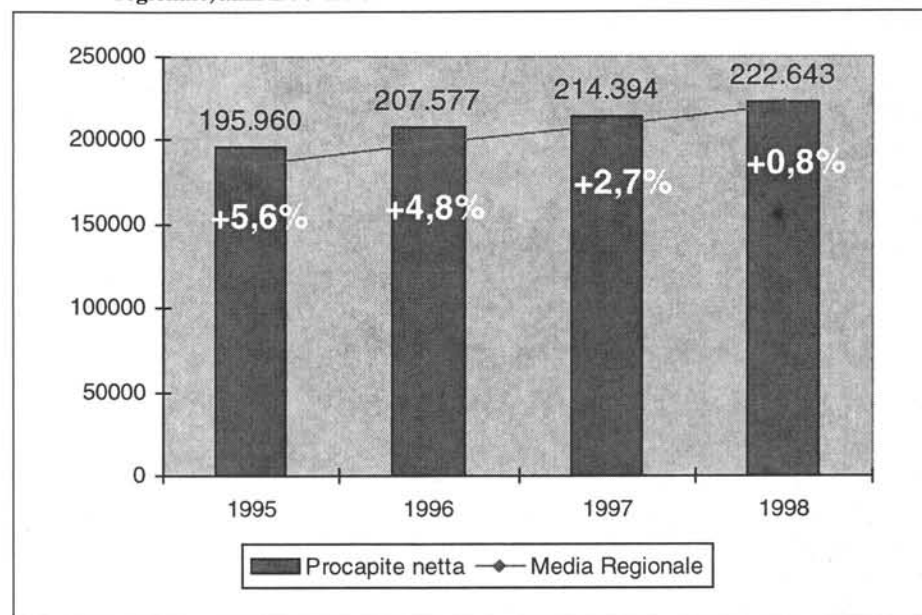


Figura 7 - Spesa farmaceutica convenzionata esterna: *procapite* netta e scarto con la media regionale, anni 1995-1998



grafe sanitaria riferita al periodo di interesse, realizzato attraverso il codice sanitario e/o codice fiscale del singolo paziente.

Le SDO che non possono essere ricondotte ai singoli medici curanti sono ribaltate, attraverso un sistema di pesi che tiene conto dei fattori che maggiormente influenzano il fenomeno (comune di residenza per l'*export*; età per i DRG medici) in proporzione alla popolazione assistita dai singoli medici ed al dato residenza/età specifico dell'intero anno precedente.

Il *report* sui primi cinque DRG medici contiene l'informazione relativa ai volumi di ciascun DRG ed il totale.

Il *report* sulle compensazioni passive riporta il numero dei ricoveri disaggregato per struttura di ricovero (Azienda USL, Azienda ospedaliera, struttura accreditata) in modo specifico per i primi sei poli di attrazione, oltre al totale.

Ogni *report* è dotato di una legenda; ai *team* è stato fornito un riferimento telefonico cui rivolgersi per eventuali chiarimenti.

I medici interessati possono richiedere integrazioni *ad hoc*, quali disaggregazioni maggiori del dato (per reparto, per ospedale, per diagnosi principale di dimissione, per procedura di intervento, etc.) o informazioni di specifico interesse non comprese nella reportistica.

I medici non sperimentatori ricevono *report* simili a quelli dei *team*, in cui però manca il dato di gruppo.

3.2. Assistenza farmaceutica

Per quanto riguarda la reportistica relativa alla farmaceutica il progetto prevede la predisposizione di quattro diversi *reports* trimestrali contenenti i dati di spesa farmaceutica pro capite ed i dati di prescrizione per gli ambiti terapeutici individuati come prioritari

dall'azienda: antiinfettivi, antiipertensivi e antitrombotici.

In ogni *report* si ripete lo schema già utilizzato per i ricoveri e cioè troviamo tre sezioni dedicate rispettivamente al singolo medico di medicina generale, al *team* ed all'Azienda. La quarta sezione contiene l'obiettivo negoziato e lo scostamento del *team* da tale obiettivo.

L'indicatore utilizzato per la spesa farmaceutica è la «spesa farmaceutica netta *pro capite*»: nel *report* si confronta tale valore sia con quello rilevato nello stesso periodo dell'anno precedente sia con il valore medio regionale dello stesso periodo.

Per ciascun gruppo terapeutico è stata scelta la disaggregazione dei dati più significativa (per principi attivi o sottogruppi terapeutici) e gli indicatori utilizzano come unità di misura le DDD (*Daily Defined Dosage*) o Dose Media Giornaliera. In tutti i casi si utilizzano come indicatori la «percentuale di ripartizione delle DDD» e le «DDD per 1000 abitanti al giorno». In tal modo si propongono due diversi modi di leggere i dati di prescrizione.

3.3. Tempi di attesa

Pur non costituendo un obiettivo dell'accordo, il progetto prevede anche l'invio mensile di un *report* sui tempi di attesa, poiché si è ritenuto indispensabile e doveroso informare i medici di medicina generale su questo aspetto, tanto critico quanto delicato per l'Azienda.

Il *report* indica in giorni l'attesa per ottenere le prestazioni, suddivise in ricovero, visite specialistiche e singole prestazioni diagnostico-terapeutiche rilevate in tutti i punti di erogazione dell'Azienda.

Il dato si basa su una triplice rilevazione mensile su ogni singola voce; dei tre valori viene riportato il dato più sfavorevole, ovvero l'attesa più lunga.

4. Conclusioni

L'esperienza condotta in questi mesi di attuazione dell'accordo testimonia come sperimentazioni gestionali di tale genere rappresentino per le Aziende sanitarie una occasione per avviare nuovi modelli integrati di collaborazione con la medicina convenzionata. L'aver creato degli spazi organizzativi *ad hoc*, finalizzati in maniera esplicita a favorire l'integrazione dei medici di medicina generale tra di loro e con l'Azienda ha rappresentato una vera innovazione capace di orientare probabilmente in modo duraturo le energie della medicina del territorio verso modelli culturali più avanzati.

A nostro giudizio ciò rappresenta uno dei possibili approcci concreti per una migliore gestione dell'assistenza sia verso il singolo che verso la collettività. Il confronto dei modelli assistenziali e la tensione verso i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia ed i modelli di valutazione di costo beneficio collettivo permettono una migliore allocazione delle risorse complessive ed una più equa gestione dell'assistenza individuale.

Esperienze di questo tipo devono essere seguite con costanza e con flessibilità, sapendo modificare obiettivi e sistemi gestionali *in itinere* ed in modo condiviso dai diversi attori del sistema.

Gli obiettivi perseguibili solo in parte sono di breve termine; i maggiori benefici, a nostro avviso, sono probabilmente perseguibili ed osservabili solo nel medio-lungo periodo, in quanto obiettivi di natura prevalentemente qualitativa.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1999), *ASL, distretto, medico di base*, EGEEA, Milano.
ATTI DEL CONVEGNO DI SCHIO (1997), *Il budget per medico di base e per distretto sociosanitario*, 31 maggio 1997, ed. CIDAS.

- BORGONOVÌ E., VENDRAMINI E. (1998), *La gestione della medicina generale. Principi e criteri economici*, UTET, Torino.
- CHIARI C. ET AL. (1998), *Un budget per la medicina generale italiana?*, *Informazione sui farmaci*, 22(2).
- DAMONE R. ET AL. (1998), *Monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica territoriale: l'esperienza dell'USL di Massa Carrara*, *Mecosan*, 27(3): 123-30.
- EDITORIALE (1998), *L'organizzazione territoriale della medicina generale*, *prospettive mediche*, anno XIV, n. 6/98, pp. 10 e 11.
- MINARDI A. ET AL. (1998), *La sperimentazione del budget in medicina generale nell'Azienda USL di Imola*, *Mecosan*, 25(3): 135-44.
- SASSONE I. (1998A), *Emilia-Romagna: M.M.G. in prima linea*, *Prospettive mediche*, anno XIV, n. 6/98, pp. 8 e 9.
- SASSONE I. (1998B), *Emilia-Romagna: M.M.G. in prima linea*, *Prospettive mediche*, anno XIV, n. 7/98: 14.
- VENDRAMINI E. (1996), *La riforma economica della medicina generale*, *Occhio clinico*, n. 9 (novembre 1996): 43-5.
- VENDRAMINI E. (1997), *Il destino del medico di famiglia si divide in quattro*, *Occhio clinico*, n. 5 (maggio 1997): 67-70.

LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA IN EMILIA-ROMAGNA: VALUTAZIONE DEI CONSUMI E MONITORAGGIO DELLA SPESA

Maria Lazzarato, Ester Sapigni, Raffaella Zanzi

Assessorato Sanità, Servizio Distretti Sanitari, Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il Sistema informativo regionale - 3. Strategie di qualificazione dell'assistenza farmaceutica - 4. Valutazioni, risultati e criticità emerse - 5. Responsabilizzazione dei Medici di medicina generale in merito alla appropriatezza prescrittiva e adozione delle linee guida - 6. Risultati complessivi - 7. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione

L'assistenza farmaceutica è stato uno degli obiettivi prioritari nella programmazione della Regione Emilia-Romagna per raggiungere risultati importanti di qualificazione e di contenimento della spesa sanitaria.

Sulla base degli strumenti offerti dalla normativa nazionale sono stati definiti dei provvedimenti regionali in grado di offrire alle Aziende sanitarie territoriali (di seguito A.S.L.) strumenti di analisi e controllo della spesa farmaceutica e sono stati raggiunti significativi risultati di responsabilizzazione dei Medici di medicina generale (MMG) attraverso la definizione di accordi aziendali per il rispetto dei livelli di spesa programmata.

Le condizioni operative che hanno consentito la realizzazione di interventi di qualificazione dell'assistenza farmaceutica riguardano:

- la presenza di un sistema informativo ormai consolidato;
- la metodologia per interpretare i dati di prescrizione;
- il supporto e la consulenza tecnico-scientifica del Dipartimento di Farmacologia dell'Università degli Studi di Bologna;

— l'attuazione di interventi di monitoraggio e di controllo;

— le azioni di informazione e di formazione;

— la responsabilizzazione dei medici prescrittori.

2. Il Sistema informativo regionale

Il Sistema informativo regionale per l'assistenza farmaceutica è costituito dai dati desunti dalle ricette dei medici per la prescrizione dei farmaci a carico del S.S.N. L'alimentazione dell'archivio delle prescrizioni avviene secondo un tracciato record predefinito, le cui principali informazioni di prescrizione farmaceutica riguardano:

— il codice del farmaco assegnato dal Ministero della sanità (MIN-SAN10) che permette di individuare la specialità medicinale attraverso la banca dati dei farmaci;

— il numero delle confezioni prescritte ed il loro prezzo;

— il codice del medico e quello dell'assistito che permettono l'aggancio con le relative anagrafiche dei medici e degli assistiti;

— il codice dell'A.S.L.;

— la data della prescrizione.

Per leggere ed interpretare i dati di prescrizione farmaceutica, i farmaci

prescritti vengono aggregati per principio attivo, secondo la classificazione anatomo-terapeutico-chimica (ATC), e si utilizza il numero delle *defined daily dose* DDD (RSS supplemento n. 1, 1997). La metodologia ATC/DDD è usata a livello internazionale per misurare e valutare i consumi farmaceutici.

Le DDD consentono di esprimere i consumi in termini di dosi terapeutiche medie giornaliere, indipendentemente dal tipo di confezioni prescritte. I dati di prescrizione territoriale sono espressi normalmente in DDD per 1000 abitanti al giorno (Vaccheri, 1995).

L'ambiente di analisi è sufficientemente flessibile per poter analizzare l'informazione a diversi livelli di aggregazione, ad esempio temporale (mese, trimestre, semestre, anno solare) oppure geografica (distretti, Aziende U.S.L., intera regione).

In alcuni casi, nelle analisi di approfondimento per la valutazione dei consumi e della spesa per Azienda U.S.L. nei confronti della media regionale ed anche nelle verifiche delle prescrizioni dei medici con la media aziendale, viene utilizzata la popolazione pesata.

La popolazione pesata è un parametro adottato, a partire dal 1996, per ripartire il fondo sanitario regionale con criteri di trasparenza e di equità distributiva.

Il sistema metodologico è curato dall'Agenzia sanitaria regionale, costituita nel 1994, quale organismo tecnico di supporto all'attività dell'Assessorato.

Per l'assistenza farmaceutica, nell'ambito del macro livello assistenza di base, si assume a riferimento una popolazione pesata, determinata dalla combinazione di opportune proiezioni demografiche sulla popolazione residente ed un sistema di pesi costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età di un campione significativo di Aziende U.S.L.

Il sistema di pesi adottato per l'anno 1998 (Agenzia sanitaria regionale, 1998) è il seguente:

Età	Maschi	Femmine
0-14	0,43	0,40
15-44	0,35	0,43
45-64	1,05	1,09
65-74	2,57	2,02
≥ 75	3,45	2,42

3. Strategie di qualificazione dell'assistenza farmaceutica

La Regione Emilia-Romagna ha ritenuto indispensabile dare attuazione alle norme nazionali adottando atti di indirizzo e di coordinamento (nota regionale prot. 26103 del 1997, nota regionale prot. 15404 del 1998) per l'applicazione omogenea in sede aziendale dei controlli richiesti dalle normative vigenti (legge n. 425 del 1996, circolare ministeriale n. 15 del 1996, legge n. 662 del 1996).

La legge n. 425/96, infatti, impone alle Aziende U.S.L. e alle Aziende ospedaliere di curare l'informazione e l'aggiornamento del medico prescrittore, e di effettuare controlli obbligatori, basati su idonei strumenti, neces-

sari ad assicurare la conformità delle prescrizioni dei medicinali rimborsabili a carico del S.S.N. alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco (C.U.F.) Inoltre, la circolare del Ministero della sanità n. 15 del 23 ottobre 1996 detta norme applicative del comma 4, art. 1, della legge n. 425/96 e ribadisce la necessità che le Aziende sanitarie adottino idonee misure di controllo.

Infine la legge n. 662, collegata alla finanziaria del 1997, richiede che i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformino le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa.

Il coinvolgimento dei medici convenzionati di medicina generale e dei pediatri di libera scelta anche mediante gli accordi regionali e aziendali (D.P.R. n. 484 del 1996, delibera della Giunta regionale n. 1487 del 1997; D.P.R. n. 613 del 1996, delibera della Giunta regionale n. 342 del 1998) per la definizione dei tetti di spesa programmati (Minardi, 1998) ha contribuito al processo di appropriatezza prescrittiva.

Nel 1997 e 1998 per dare maggiore incisività al sistema dei controlli, la Regione Emilia-Romagna ha inserito nel piano programmatico delle azioni tale obiettivo come vincolante per i Direttori generali.

3.1. Indirizzi regionali per il rispetto delle note C.U.F.

Le azioni previste per l'effettuazione dei controlli hanno interessato sia i controlli relativi al rispetto dei provvedimenti della C.U.F., sia le pluriprescrizioni inerenti ai farmaci erogati a favore degli assistiti esenti per patologia.

Relativamente ai controlli delle prescrizioni sottoposte alle note C.U.F. la Regione Emilia-Romagna ha indicato prioritario il controllo sulle quattro note C.U.F. (provvedimento C.U.F. 12 aprile 1994; provvedimento C.U.F. 7 agosto 1998; Del Favero, 1997; Ricci, 1998; Scandinavian Simvastatin Study Group, 1994) i cui farmaci risultavano, nel 1996, responsabili del 12,5% della spesa farmaceutica:

— nota 48 «farmaci antiulcera», prescrizioni consentite limitatamente alle indicazioni «ulcera peptica» ecc.;

— nota 55 «farmaci antimicrobici», prescrizioni consentite limitatamente alle indicazioni gravi infezioni, che di norma non rispondono agli antibiotici di uso comune;

— nota 13 «farmaci ipolipemizzanti», prescrizioni consentite limitatamente alle indicazioni ipercolesterolemie familiari;

— nota 66 «farmaci antiinfiammatori», prescrizioni consentite limitatamente alle indicazioni reumatismi infiammatori cronici giovanili e dell'adulto, artriti da microcristalli.

Il livello minimo dei controlli nella prima fase di avvio, qualora non fosse possibile effettuare un controllo sistematico, era almeno il 5% delle prescrizioni relative alle note.

Al fine di non rendere esclusivamente formali i controlli previsti, le Aziende U.S.L. erano tenute a promuovere attività di formazione permanente nei confronti dei medici e ad attivare appropriati percorsi diagnostico terapeutici.

Alle Aziende sanitarie sono state indicate le modalità per attivare in modo omogeneo i controlli anche in ambito ospedaliero, previa capillare informazione agli stessi medici in merito alle normative in vigore rispetto alle limitazioni prescrittive imposte dalle note C.U.F.

Oggetto di controllo sono i suggerimenti terapeutici riportati nei referti

specialisti e nelle lettere di dimissione, al fine di verificare l'osservanza delle normative relative alle note C.U.F. da parte dei medici.

Nella prima fase di attivazione l'entità dei controlli doveva interessare almeno l'1,5% delle lettere di dimissioni.

La verifica accerta inoltre che, nella fase di dimissione, sia stato valutato il ricorso ad eventuali alternative terapeutiche ai farmaci somministrati in ambito ospedaliero o sia prescritto il principio terapeutico così da consentire la prosecuzione del trattamento suggerito, senza oneri a carico dell'assistito.

La verifica di conformità delle prescrizioni farmaceutiche alle indicazioni C.U.F. richiede anche valutazioni di carattere clinico che comportano necessariamente l'acquisizione di informazioni dal medico in merito alle motivazioni della scelta prescrittiva.

Tale valutazione è di competenza del Direttore sanitario quale responsabile dell'attività sanitaria, che può avvalersi a questo scopo di apposite commissioni per le valutazioni cliniche.

Tale formalizzazione è coerente anche sul rispetto della legge della *privacy* (legge n. 675 del 1996).

Ai Direttori generali è affidata invece la responsabilità di procedere in caso di provata violazione delle prescrizioni farmaceutiche, con l'applicazione delle sanzioni amministrative e degli eventuali procedimenti disciplinari previsti negli accordi nazionali per ciascuna categoria.

Le Aziende sanitarie sono tenute a inviare relazioni trimestrali alla Regione ed al Ministero della sanità, in relazione ai controlli effettuati.

4. Valutazioni, risultati e criticità emerse

Il sistema dei controlli attivato ha consentito di attuare un'opera di sen-

sibilizzazione e di confronto con i M.M.G. ed ha prodotto significativi effetti di riduzione della non conformità sulle ricette controllate, nel 1998 rispetto al 1997 (tavole 1 e 2).

Si è passati, complessivamente per le prescrizioni soggette a nota, da una percentuale del 5,7% di non conformità registrata nel 1997 al valore del 3,7% del 1998.

Le variazioni più significative hanno riguardato le note 48 e 55 (tavole 3 e 4).

Anche la spesa farmaceutica relativa ai farmaci delle quattro note, prioritarie per il controllo, è scesa al 9,36% nel 1998, con un calo di spesa *procapite* del 22,5%.

L'implementazione del sistema dei controlli ha richiesto un impegno notevole da parte delle Aziende sanitarie, in particolare degli uffici farma-

ceutici e delle direzioni mediche distrettuali ed ospedaliere.

Per quanto riguarda l'attivazione del sistema dei controlli e gli aspetti organizzativi in ambito ospedaliero, l'esperienza effettuata ha dimostrato che è necessario approfondire l'azione di informazione e monitoraggio fra i medici ospedalieri presso i quali risulta molto più elevata la presenza di prescrizioni e/o suggerimenti terapeutici non conformi alle note C.U.F.

La verifica dell'andamento dei consumi e della spesa a livello regionale e aziendale viene diffuso attraverso la predisposizione sistematica di *reports* (Rapporto CReVIF ottobre 1997; Report regionale luglio 1998, Report regionale febbraio 1999, Report regionale maggio 1999) e la attuazione di analisi più specifiche ha consentito l'individuazione di obietti-

Tavola 1 - Controlli prescrizioni anno 1997 (legge n. 425 del 1996)

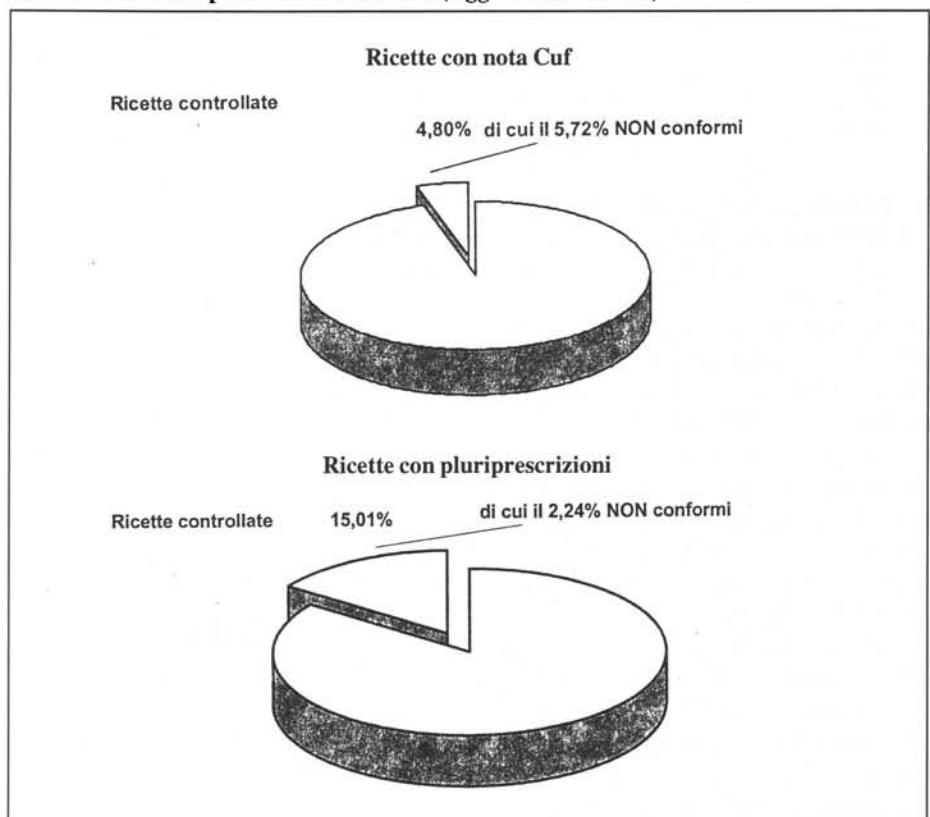
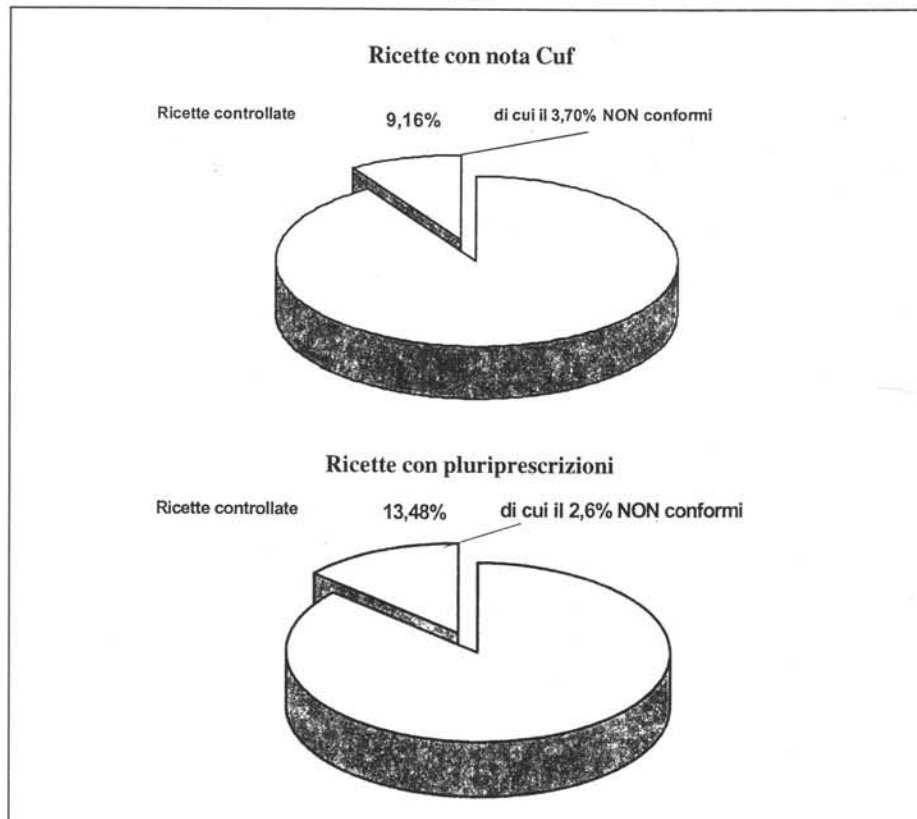


Tavola 2 - Controlli prescrizioni anno 1998 (legge n. 425 del 1996)



vi da indicare nel Piano delle azioni aziendali.

Sono stati pertanto identificati, quali obiettivi da realizzare nel Piano delle azioni per il 1997 e per il 1998, alcuni interventi prioritari per le singole aziende sanitarie.

I principali gruppi terapeutici oggetto degli interventi prioritari sono stati:

- farmaci cardiovascolari;
- farmaci gastrointestinali;
- farmaci dell'apparato respiratorio;
- farmaci antimicrobici.

5. Responsabilizzazione dei Medici di medicina generale in merito alla appropriatezza prescrittiva e adozione delle linee guida

Gli accordi regionali con i MMG relativi al Capo VI della convenzione

unica contengono prioritariamente due principali obiettivi:

— l'integrazione dell'attività del MMG nell'organizzazione distrettuale privilegiando associazionismo medico e l'assistenza domiciliare agli an-

ziani, ai pazienti oncologici in fase terminale;

— la responsabilizzazione del MMG al raggiungimento degli obiettivi di qualità e al rispetto dei livelli di spesa programmata

Le Aziende U.S.L. conseguentemente hanno concluso gli accordi con i MMG e dato avvio ad un processo di riorganizzazione dei servizi territoriali.

La spesa farmaceutica è stata considerata da tutte le Aziende sanitarie il settore nel quale sperimentare la definizione dei livelli di spesa programmata in quanto era disponibile un sistema informativo completo.

Le modalità di applicazione degli accordi regionali, pur diversificate nelle varie realtà, hanno riguardato:

— definizione del livello di spesa farmaceutica programmata, su popolazione pesata, con riferimento al valore medio regionale per le Aziende che presentavano un valore *procapite* superiore;

— attivazione contemporanea e concordata delle modalità dei controlli;

— elaborazione di linee guida, protocolli terapeutici, e/o percorsi diagnostici, e incontri formativi con i medici di medicina generale. In diverse realtà aziendali sono state interessate le patologie a maggiore prevalenza quali l'ipertensione e diabete;

Tavola 3 - Prescrizioni con note CUF controllate anno 1997 (legge n. 425 del 1996)

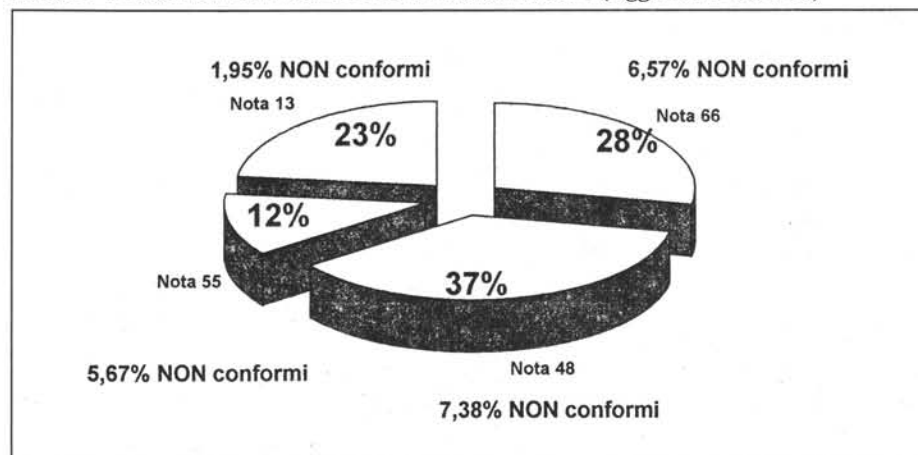
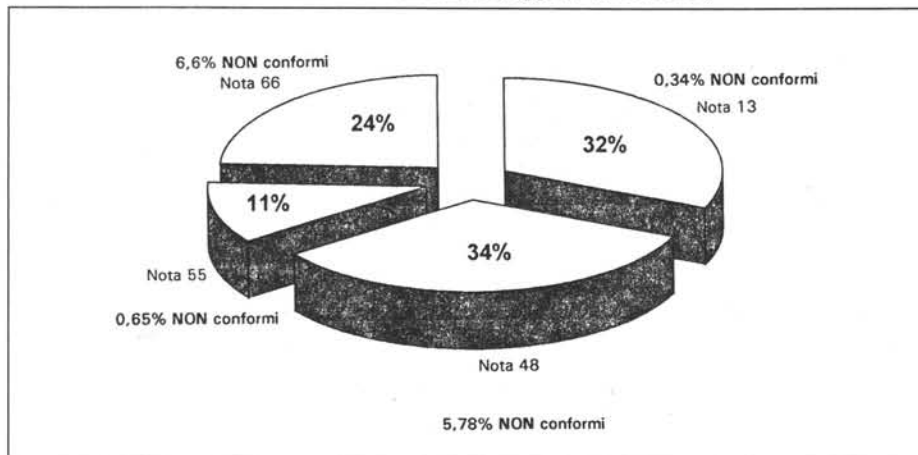


Tavola 4 - Prescrizioni con note CUF controllate (legge n. 425 del 1996)



— individuazione di obiettivi specifici intervenendo su gruppi di farmaci che comportavano il consumo maggior, ovvero i cardiovascolari;

— attivazione di una capillare azione di confronto e informazione con i medici di medicina generale per definire gli appropriati livelli di consumo di gruppi di farmaci per le patologie prevalenti;

— sviluppo dell'associazionismo, quale base indispensabile per iniziare un processo di confronto professionale fra i singoli medici e che ha portato in quasi tutte le Aziende a concordare la predisposizione di protocolli assistenziali e linee guida terapeutiche.

Nel 1998 si è realizzato, inoltre, a livello regionale, un programma di formazione rivolta a MMG e a dirigenti sanitari dei distretti, finalizzato a dotare basi omogenee nell'approccio metodologico per la produzione di linee di guida, per consolidare le esperienze avviate e validare le fasi di implementazione e disseminazione delle linee guida per rendere efficace l'impegno profuso dai MMG e le risorse dedicate dalle Aziende.

5.1. Valutazione dell'applicazione degli accordi

Le realtà aziendali che hanno affrontato nel corso del 1997 la riduzione

ne della spesa farmaceutica, tenendo conto della composizione della popolazione per sesso ed età, ponendosi obiettivi prevalentemente in termini quantitativi, hanno ottenuto risultati soddisfacenti ed hanno correlato la remunerazione all'entità del risparmio ottenuto.

Si è osservato però che dopo una prima forte flessione della spesa farmaceutica, segue una fase di assestamento, con valori molto più contenuti. Questa fase è molto delicata e va seguita con attenzione perché tende al rialzo della spesa farmaceutica.

È necessario, infatti, consolidare il risultato affrontando il problema dal punto di vista qualitativo individuando i gruppi di farmaci che possono essere oggetto di un uso più appropriato e di una conseguente riduzione della spesa.

Le realtà che hanno scelto come primo approccio nel 1997 quello di rendere più appropriato il consumo di specifici gruppi di farmaci, non hanno ottenuto risultati evidenti di riduzione della spesa farmaceutica nel primo anno di applicazione, essendo questo un processo con effetti a più lungo termine, che si è reso evidente nel corso del 1998.

L'esperienza dell'applicazione degli accordi regionali evidenzia che:

— la partecipazione dei MMG deve comprendere la maggioranza dei medici dell'Azienda U.S.L. per ottenere dei risultati visibili e per non vanificare l'impegno di quelli che vi partecipano;

— è indispensabile porre gli stessi obiettivi anche ai medici ospedalieri, per ottenere un impegno congiunto sull'appropriatezza dell'uso del farmaco ed una conseguente riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;

— l'approccio qualitativo del consumo del farmaco è il migliore metodo per dare risultati duraturi nel tempo;

— l'analisi sistematica del consumo di farmaci per singoli gruppi terapeutici e per Azienda U.S.L. permette di orientare i gruppi tecnici aziendali per la formulazione delle linee guida e per un monitoraggio delle prescrizioni soggette a note C.U.F.

6. Risultati complessivi

L'azione sinergica del monitoraggio della spesa dei farmaci, realizzando il sistema dei controlli, e l'azione di responsabilizzazione dei medici di medicina generale, ottenuta con l'attuazione degli accordi regionali e aziendali relativi alla definizione dei livelli di consumo e di spesa farmaceutica, ha permesso di migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo di farmaci ed ha contribuito al contenimento della spesa farmaceutica complessiva (Brunello, 1999).

L'andamento della spesa farmaceutica netta *procapite* in una distribuzione per ranghi delle Regioni italiane pone la Regione Emilia-Romagna al 9° posto sia nel 1996 che nel 1997 riducendo però di 3 volte nel 1997 la differenza nei confronti della ottava posizione.

L'efficacia degli interventi è evidente nel 1998: la Regione Emilia-Ro-

magna raggiunge infatti il quarto posto nella distribuzione nazionale per ranghi fra le regioni con spesa netta *procapite* più bassa (tavola 5).

L'analisi dei consumi farmaceutici espressi in DDD/1000 abitanti/die evidenzia una riduzione nel 1998 di - 3,6% rispetto al 1996 (tavola 6).

7. Considerazioni conclusive

L'esperienza dei due anni di attuazione del programma illustrato ha dimostrato la fondamentale esigenza del coinvolgimento dei medici prescrittori, la necessità di mettere in campo risorse e strumenti adeguati, nonché di mantenere, continuativamente, il monitoraggio del consumo dei farmaci e le analisi delle prescrizioni, anche al fine di rivedere periodicamente gli

obiettivi su cui puntare le iniziative di contenimento.

È necessario infatti consolidare il risultato affrontando il problema dal punto di vista qualitativo individuando i gruppi di farmaci che possono essere oggetto di un uso più appropriato e di una conseguente riduzione della spesa e realizzando una efficace formazione specifica per i medici interessati.

La responsabilizzazione dei medici di medicina generale alla definizione e partecipazione ai tetti di spesa programmata richiede alcuni requisiti essenziali quali:

— un sistema informativo personalizzato messo a disposizione del MMG in modo tempestivo;

— parametri di ponderazione della popolazione per il consumo di farmaci;

— l'adesione della maggioranza dei medici al progetto.

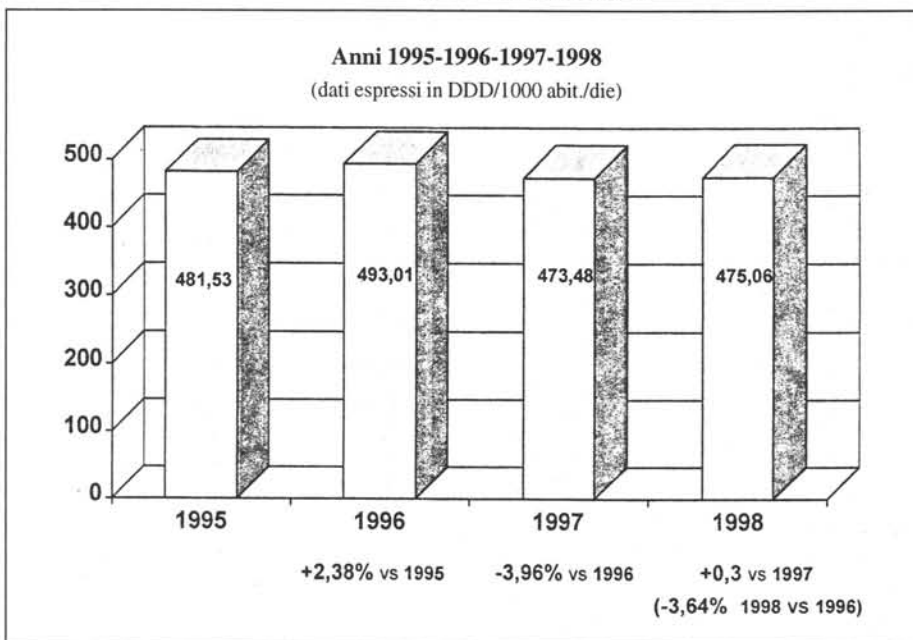
Il consolidamento dei risultati si ottiene istituendo incontri strutturati fra medici preferibilmente in forme associate per iniziare un processo di confronto professionale fra gli stessi. Ciò ha infatti portato in quasi tutte le aziende a concordare la predisposizione di protocolli assistenziali e linee guida terapeutiche.

Va sottolineato però che l'esperienza della elaborazione delle linee guida aziendali ha dimostrato un aspetto positivo quale occasione di confronto ma nello stesso tempo ha evidenziato l'esigenza di esperire nuovi criteri di costruzione e di implementazione delle stesse, affinché rispondano ai reali obiettivi dell'appropriatezza prescrittiva ed incidano

Tavola 5 - Spesa farmaceutica netta territoriale *procapite*

REGIONE	1996	rango	REGIONE	1997	rango	REGIONE	1998	rango
TRENTINO-ALTO ADIGE	129.485	1	TRENTINO-ALTO ADIGE	149.020	1	TRENTINO-ALTO ADIGE	167.663	1
VALLE d'AOSTA	151.243	2	VALLE d'AOSTA	171.346	2	VENETO	193.016	2
VENETO	157.405	3	VENETO	173.486	3	VALLE d'AOSTA	193.606	3
FRIULI-VENEZIA GIULIA	160.313	4	FRIULI-VENEZIA GIULIA	176.423	4	FRIULI-VENEZIA GIULIA	196.330	4
SARDEGNA	166.908	5	SARDEGNA	186.824	5	EMILIA-ROMAGNA	204.769	5
MOLISE	172.907	6	LOMBARDIA	192.503	6	SARDEGNA	208.103	6
LOMBARDIA	174.565	7	MOLISE	192.792	7	LOMBARDIA	208.289	7
PIEMONTE	178.944	8	PIEMONTE	193.491	8	MOLISE	215.804	8
EMILIA-ROMAGNA	185.575	9	EMILIA-ROMAGNA	195.573	9	PIEMONTE	216.668	9
BASILICATA	188.059	10	TOSCANA	208.573	10	TOSCANA	220.485	10
ABRUZZI	192.917	11	BASILICATA	208.983	11	BASILICATA	225.496	11
CALABRIA	196.856	12	ABRUZZI	217.555	12	PUGLIA	239.715	12
TOSCANA	198.206	13	CALABRIA	219.617	13	ABRUZZI	239.839	13
SICILIA	206.334	14	PUGLIA	220.779	14	CALABRIA	242.914	14
PUGLIA	206.592	15	MARCHE	228.403	15	MARCHE	243.923	15
LAZIO	207.330	16	SICILIA	228.926	16	SICILIA	248.272	16
MARCHE	209.926	17	UMBRIA	236.576	17	UMBRIA	257.999	17
UMBRIA	213.966	18	LAZIO	237.515	18	LAZIO	263.466	18
LIGURIA	228.787	19	LIGURIA	245.911	19	LIGURIA	265.713	19
CAMPANIA	232.178	20	CAMPANIA	254.846	20	CAMPANIA	267.419	20
ITALIA	192.726		ITALIA	211.460		ITALIA	229.488	

Tavola 6 - Consumi farmaceutici nella Regione Emilia-Romagna



sul comportamento professionale del medico.

BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE, *Relazione sui criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie per l'anno 1998*, aprile 1998 (documentazione).
- BRUNELLO C. (1999), *L'analisi di esperienze innovative di budget in medicina generale*, in Longo F. «ASL, distretto, medico di base, logiche e strumenti manageriali», EGEA, Milano, pagg. 183-214.
- CIRCOLARE MINISTERIALE N. 5 DEL 23 OTTOBRE 1996, *Applicazione del comma, art. 1, della legge 8 agosto 1996, n. 425, Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica, che ha convertito, con modificazioni, il decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323.*
- DEL FAVERO A. (1997), *La terapia antibiotica parenterale domiciliare: abusata, sottoutilizzata o male utilizzata?*, *Informazione sui Farmaci*, vol. 21, n. 2, pagg. 37-43.
- DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 342 DEL 31 MARZO 1998, *Approvazione degli accordi attuativi regionali ex D.P.R. n. 613/96*, Bollettino Ufficiale Regione Emilia-Romagna n. 64, parte seconda, del 6 maggio 1998.
- DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1487 DEL 1° AGOSTO 1997, *Approvazione degli*

Accordi attuativi regionali ex D.P.R. n. 484/96, Bollettino Ufficiale Regione Emilia-Romagna n. 83, parte seconda, del 9 settembre 1997.

- D.P.R. N. 484 DEL 22 LUGLIO 1996, *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 4, comma 9 della legge n. 412/91 e dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal D.L.vo n. 517/93, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996*, G.U. n. 154 del 19 settembre 1996.
- D.P.R. N. 613 DEL 21 OTTOBRE 1996, *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta*, G.U. n. 213 del 5 dicembre 1996.
- LEGGE N. 425 DELL'8 AGOSTO 1996, *Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica*, G.U. n. 191, serie generale, del 16 agosto 1996, che ha convertito, con modificazioni, il decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323.
- LEGGE N. 662 DEL 23 DICEMBRE 1996, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*, supplemento ordinario alla G.U. n. 303, serie generale, n. 233 del 28 dicembre 1996.
- LEGGE N. 675 DEL 31 DICEMBRE 1996, *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*, supplemento

ordinario alla G.U. n. 5, serie generale, n. 3 dell'8 gennaio 1997.

- MINARDI A. (1998), *La sperimentazione del budget di medicina generale nell'Azienda USL di Imola*, Mecosan, vol. 7, n. 25, pagg. 135-144.
- NOTA REGIONALE PROT. 15404 (21 APRILE 1998), *Integrazioni e chiarimenti alla circolare regionale n. 16/97* (documentazione).
- NOTA REGIONALE PROT. 26103, CIRCOLARE N. 16 (27 GIUGNO 1997), *Controllo delle prescrizioni farmaceutiche (legge n. 425/96)* (documentazione).
- PROVVEDIMENTO C.U.F. 18 APRILE 1994, *Modificazioni alla classificazione dei medicinali e aggiornamento alle «Note» riportate nel provvedimento del 30 dicembre 1993, e successive modificazioni*, G.U. n. 94, serie generale, del 23 aprile 1994.
- PROVVEDIMENTO C.U.F. 7 AGOSTO 1998, *Revisione delle «Note» riportate nel provvedimento 30 dicembre 1993 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni*, supplemento ordinario alla G.U. n. 239, serie generale, n. 168 del 13 ottobre 1998.
- RAPPORTO CREVIF 1997, *Rapporto sulla prescrizione di farmaci in Emilia-Romagna, a) andamento della prescrizione 1992-1996, b) confronti tra le Aziende USL* (documentazione).
- REPORT REGIONALE LUGLIO 1998, *Analisi del consumo di farmaci soggetti alle note CUF nn. 13, 48, 55 e 66, in Emilia-Romagna nel 1997* (documentazione).
- REPORT REGIONALE FEBBRAIO 1999, *Analisi di prescrizione dei farmaci soggetti alle note CUF nn. 13, 48, 55 e 66 (aggiornamento sul periodo 1997 e dati 1998): applicazione della circolare regionale n. 16/97 nei controlli delle prescrizioni farmaceutiche territoriali e dei suggerimenti terapeutici ospedalieri* (documentazione).
- REPORT REGIONALE MAGGIO 1999, *Analisi sintetica dei consumi e della spesa per farmaci con oneri a carico del S.S.N. erogati dalle farmacie convenzionate in Emilia-Romagna negli anni 1997-1998* (documentazione).
- RICCI C. (1998), *Therapeutic news on Helicobacter pylori from Budapest and Wien*, Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology, vol. 30, n. 6, pagg. 638-662.
- RSS SUPPLEMENTO N. 1 (1997), *Le prescrizioni farmaceutiche convenzionate in 9 Regioni italiane: variazioni quantitative e qualitative 1994-1995*, Rivista di studi e Ricerche

sui servizi sanitari della Agenzia per i servizi sanitari regionali.
SCANDINAVIAN SIMVASTATIN STUDY GROUP (1994), *Randomised trial of cholesterol*

lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S), *The Lancet*, vol. 334, n. 19, pagg. 1383-1389.

VACCHERI A. (1995), *Il metodo della Dose definita giornaliera (DDD) per valutare il consumo dei farmaci*, *Farmaceutica*, vol. 2, n. 3, pagg. 16-22.

L'ASSISTENZA INTEGRATA A PAZIENTI ANZIANI CON FRATTURA DI FEMORE

R. Rollo¹, C. Scardia², G. Santoro³, F. Quarta⁴, G. Cappelluti Tasti⁵, A. De Pascali⁶

AUSL LE 1

¹ Direzione Sanitaria - Distretto Socio Sanitario di Campi Salentina

² Servizio Riabilitativo Adulti

³ Servizio Specialistico Poliambulatoriale - Distretto Socio Sanitario di Campi Salentina

⁴ Unità Statistico Epidemiologica

⁵ Direzione Generale

⁶ Presidio Ospedaliero Campi Salentina - Unità Osped. di Ortopedia e Traumatologia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. PLAN = pianificare - 3. DO = fare (ciò che si è pianificato) - 4. CHECK = verificare (i risultati di quanto fatto e pianificato) - 5. Conclusioni - 6. ACTION = standardizzare ed iniziare il nuovo ciclo.

1. Introduzione

L'incremento della vita media ha portato ad un progressivo invecchiamento della popolazione, con un conseguente aumento del numero di pazienti che, a seguito ad eventi accidentali di particolare importanza, hanno perduto l'autonomia funzionale e in alcuni casi sono giunti all'*exitus* dopo un periodo lungo di malattia. In particolare alcuni pazienti anziani, già in una situazione di «fragilità» clinica per la co presenza di patologie altamente invalidanti, a seguito di eventi accidentali (trauma o incidente vascolare) si sono visti fortemente limitati nella vita di relazione e totalmente abbisognevole di interventi assistenziali. Naturalmente queste difficili situazioni cliniche hanno colto impreparati molti operatori sanitari territoriali e molte famiglie.

Il Distretto socio sanitario di Campi Salentina, proprio per dare una risposta assistenziale concreta ai numerosi pazienti anziani con frattura di femore ha pensato di proporre un percorso distrettuale di cura e assistenza capace di garantire la presa in carico «globale» dei bisogni del paziente coinvolgendo nel programma la famiglia, l'*équipe* di assistenza ADI e la struttura ospedaliera.

In precedenza, il problema assistenziale era stato affrontato con scarso successo dai pazienti e dalle famiglie perché le problematiche in campo erano di difficile soluzione. Era necessario infatti:

1) gestire in sede domiciliare un paziente fragile con numerosi bisogni assistenziali;

2) manipolare un arto «leso» dall'evento traumatico e trattato chirurgicamente;

3) individuare un terapista capace di effettuare il trattamento riabilitativo;

4) individuare un infermiere professionale cui affidare il compito di «gestire» la pluri prescrizione medica e nel contempo prevenire o peggio trattare le piaghe da decubito o in alcuni casi le problematiche riguardanti l'incontinenza uro-fecale;

5) creare un concreto raccordo con il medico di medicina generale per il «monitoraggio» clinico del paziente;

6) creare un rapporto costante con l'*équipe* che aveva effettuato l'intervento per il monitoraggio del decorso *post* operatorio e per l'eventuale diagnosi e trattamento delle complicanze;

7) destinare congrue risorse economiche per i «liberi professionisti» chiamati ad effettuare gli interventi;

8) trovare dei validi supporti utili a garantire i normali bisogni della famiglia.

Questi problemi già complessi per un operatore sanitario sono risultati insormontabili per molte famiglie e logica conseguenza è stata l'istituzionalizzazione del paziente o peggio la lenta evoluzione verso la totale non autosufficienza.

Anche dal punto di vista dell'offerta di servizi riabilitativi vi erano delle palesi inefficienze. Molti pazienti entrati nel circuito riabilitativo in seguito ad un evento patologico, venivano trattati per periodi lunghissimi impedendo, di conseguenza, l'ingresso di nuovi pazienti affetti da patologie acute. Anche dal punto di vista dell'efficacia dei trattamenti vi erano delle incongruenze e in particolare:

— venivano trattati per lunghissimi periodi pazienti per cui era impossibile prevedere ulteriori recuperi funzionali;

— venivano esclusi dal trattamento pazienti con patologia acuta che, se trattati tempestivamente, potevano ottenere un buon recupero funzionale.

Si è pensato quindi di rivedere l'organizzazione centrando l'attenzione

sull'assistenza a pazienti con frattura di femore ed *ictus* cerebrale di recente insorgenza.

Per affrontare la complessa problematica è stato creato un gruppo di lavoro, costituito da operatori del Distretto socio sanitario e del presidio ospedaliero, con lo scopo di valutare i servizi esistenti e destinati a questi pazienti, e di conseguenza indicare le possibili soluzioni che potevano essere messe in campo.

Il metodo utilizzato è stato quello del *Total Quality Management* che ha seguito le classiche fasi che nel dettaglio sono:

PLAN = pianificare;

DO = fare (ciò che si è pianificato);

CHECK = verificare (i risultati di quanto fatto e pianificato);

ACTION = standardizzare ed iniziare il nuovo ciclo.

2. PLAN = pianificare

Su queste basi il gruppo di lavoro ha stabilito che non si poteva prescindere:

1) da una valutazione di tipo multidimensionale del paziente, coinvolgente anche la rete socio familiare di appartenenza, lo stato cognitivo e l'eventuale comorbidità;

2) da una tempestiva presa in carico del paziente, anche in sede ospedaliera, durante il primo episodio di ricovero;

3) dall'avvio di un programma riabilitativo di medio lungo termine capace di mantenere le abilità residue scongiurando il rischio di istituzionalizzazione o di disabilità permanente;

4) dalla necessità di dare risposta a tutti i pazienti con fratture o sottoposti comunque a complessi interventi ortopedici, sin dalla fase del ricovero ospedaliero.

Alla fine della prima fase di lavoro è stato tracciato un percorso organiz-

zativo orientato a garantire un lavoro integrato tra l'*équipe* ospedaliera che ha effettuato l'intervento e l'*équipe* territoriale incaricata della prosecuzione dei trattamenti in sede domiciliare. Il percorso assistenziale si proponeva il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) per i soli pazienti destinati all'intervento chirurgico in elezione:

1) riduzione dei tempi di ricovero pre-operatorio ottenibile attraverso l'esecuzione di indagini diagnostiche programmate ed esentate dal pagamento del *ticket* secondo le modalità previste dalla legge finanziaria 1997;

b) per tutti i pazienti:

1) mobilitazione precoce in sede ospedaliera ed avvio del piano riabilitativo individualizzato;

2) riduzione dei tempi di ricovero post-operatorio con dimissione protetta del paziente;

3) prosecuzione del trattamento riabilitativo in sede domiciliare e monitoraggio presso la stessa sede delle condizioni cliniche generali del paziente;

4) supervisione del trattamento domiciliare da parte dell'*équipe* ospedaliera che ha eseguito in trattamento con conseguente valutazione dell'efficacia dell'intervento;

5) dimissione definitiva del paziente con maggior livello di recupero funzionale al trentesimo giorno;

6) prosecuzione del trattamento riabilitativo in sede ambulatoriale;

7) rivalutazione del paziente e definitiva dimissione (box 1).

2.1. Valutazione clinico-funzionale a sei mesi di distanza

Il progetto stabiliva che il piano riabilitativo predisposto dal primario del reparto di ortopedia del P.O. doveva

contenere tutte le indicazioni utili per il successivo trattamento domiciliare effettuato dal terapeuta appartenente all'*équipe* A.D.I.

In fase di primo avvio veniva inoltre stabilito che, al momento della dimissione del paziente, il terapeuta coordinatore territoriale avrebbe dovuto discutere il caso clinico con il primario e successivamente doveva «assegnare» il trattamento al terapeuta collaboratore, in servizio con rapporto di lavoro a tempo determinato, considerato che potevano essere utilizzati operatori di ruolo essendo il servizio «di recente istituzione» e di conseguenza privo di organico. Naturalmente il terapeuta coordinatore aveva il compito di garantire anche la supervisione del caso.

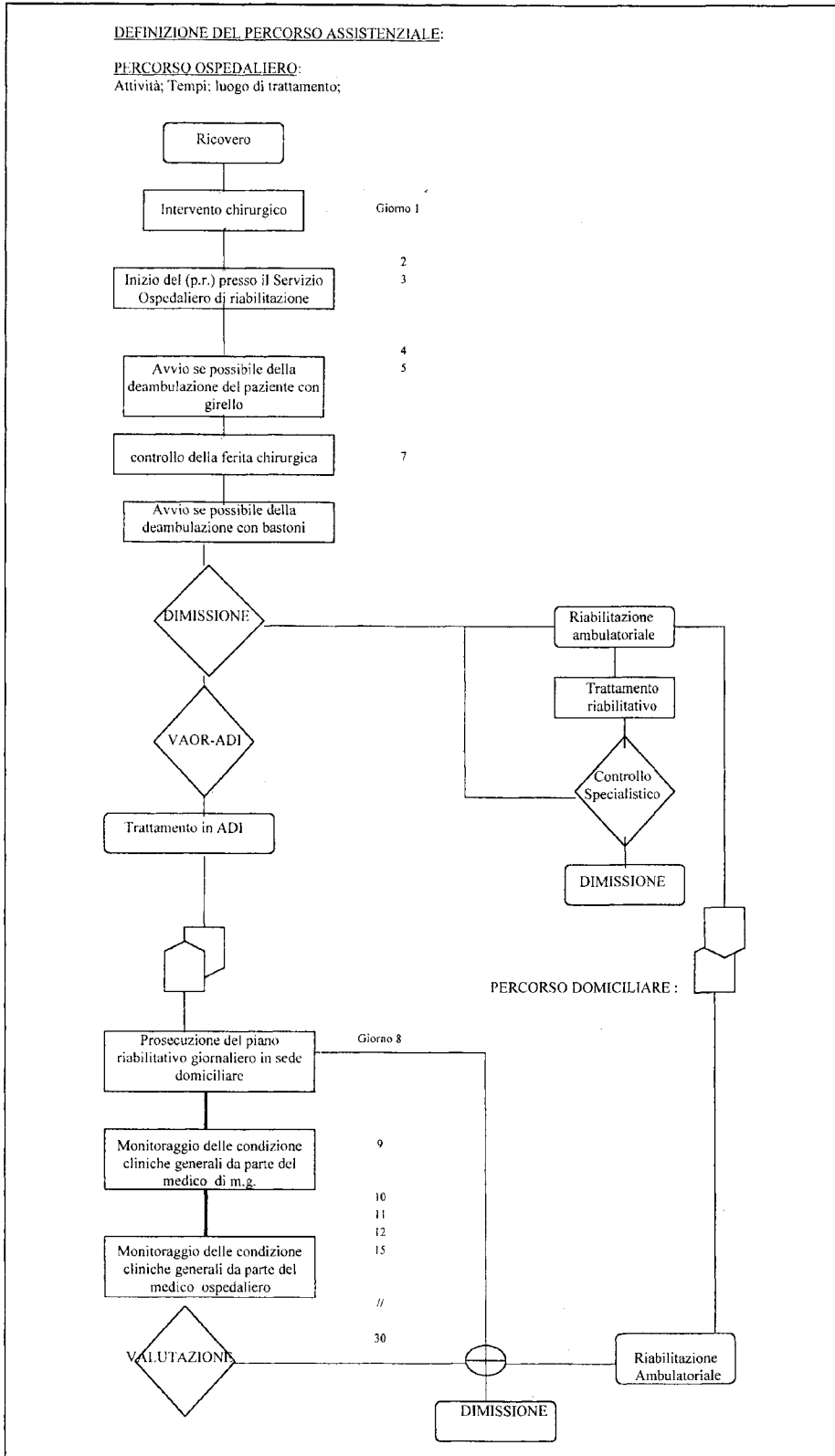
In sintesi, il programma diagnostico terapeutico era suddiviso in due parti essenziali:

— la prima ospedaliera caratterizzata da interventi mirati al trattamento chirurgico del paziente nonché al monitoraggio delle condizioni cliniche generali;

— una seconda rappresentato dal programma da effettuare in sede domiciliare, concordato con il Medico di medicina generale (MMG) ma caratterizzato anche da interventi diretti effettuati dai terapisti della riabilitazione, infermieri professionali e medici specialisti ospedalieri e non.

Il trasporto in fase di dimissione veniva garantito dalle autoambulanze ospedaliere mentre l'eventuale controllo clinico, se necessario e in caso di inamovibilità del paziente, era garantito dai del reparto di ortopedia presso il domicilio del paziente. Eventuali trasporti per accertamenti diagnostici (RX, ecc.) erano effettuati dalle autoambulanze dei servizi di volontariato e in caso di impossibilità, da parte delle autoambulanze del P.O.

Box 1



3. DO = fare (ciò che si è pianificato)

In fase di primo avvio si è pensato di riservare una particolare attenzione al monitoraggio delle prestazioni che potevano essere effettuate in sede domiciliare. In particolare si è pensato di predisporre una cartella clinica contenente i dati clinici più rilevanti per il paziente nonché gli obiettivi sanitari e assistenziali che si intendeva raggiungere. In una successiva fase, si è passati alla valutazione multidimensionale del paziente attraverso l'utilizzo del sistema VAOR-ADI proposto da Re-teargento. Questo strumento si è dimostrato essenziale nella fase di primo inquadramento del paziente, nella rilevazione dei bisogni e nella definizione del piano assistenziale. Sull'argomento comunque si tornerà di seguito.

Oltre alle notizie relative al paziente, si è provveduto alla standardizzazione delle «prestazioni» che potevano essere effettuate a domicilio ed in particolare:

- è stata definita la diversa tipologia di prestazioni effettuate dagli infermieri professionali, dai terapisti della riabilitazione, dai medici di medicina generale e dagli specialisti ambulatoriali e ospedalieri;

- sono stati determinati i tempi standard di tali prestazioni e i relativi costi in modo da determinare il costo reale delle prestazioni erogate in sede domiciliare;

- è stato individuato un «prontuario» contenente prevalentemente materiale di medicazione e qualche specialità farmaceutica necessaria al trattamento delle ferite chirurgiche o delle possibili piaghe da decubito, e ne è stato stabilito il relativo costo;

- sono state identificate le protesi e gli ausili necessari per la specifica tipologia di pazienti e ne è stato definito il costo reale per il distretto.

È stato predisposto infine un software capace di registrare tutte le

prestazioni che venivano erogate al paziente giornalmente nonché tutti i presidi o prodotti forniti allo stesso. Naturalmente si è cercato di interfacciare questo prodotto informatico, utilizzato prevalentemente per la gestione del paziente, con quello utilizzato per la valutazione multidimensionale dello stesso (il già citato VAOR-ADI di Reteargento).

Naturalmente la fase di avvio non è stata facile considerato che si è dovuto passare attraverso:

— la riorganizzazione del servizio riabilitativo distrettuale (suddiviso in due settori uno dei quali destinato prevalentemente all'età adulta);

— il reperimento delle figure non mediche (infermieri professionali e terapisti della riabilitazione);

— la costituzione della Unità di valutazione geriatrica;

— il raccordo funzionale, non sempre facile, tra figure professionali diverse operanti nella stessa AUSL e tra queste e operatori incaricati per solo 8 mesi della realizzazione di un servizio nuovo;

— il raccordo infine con le amministrazioni comunali, di recente impegnate nel settore e spesso supportate da cooperative con scarsa esperienza sul campo;

— la difficoltà oggettiva per gli operatori aventi funzioni di coordinamento di utilizzare strumenti com-

plexi di valutazione (VAOR-ADI) e nuovi strumenti informatici per la gestione;

— la difficoltà di contenere la richiesta di aiuto proveniente dalle famiglie e la conseguente necessità di orientare in maniera razionale la stessa;

— la possibilità di creare un punto di trattamento ambulatoriale capace di «chiudere il ciclo di trattamento riabilitativo» non estendendo oltre misura il trattamento domiciliare, a scapito della possibile presa in carico di nuovi pazienti;

— la difficile fase del distacco dal paziente in particolare in quelle situazioni di risposta parziale al trattamento riabilitativo.

4. CHECK = verificare (i risultati di quanto fatto e pianificato)

Anche se tra mille difficoltà si è giunti alla fine del primo anno di sperimentazione e si sono analizzati i risultati ottenuti. I pazienti che sono entrati nel «percorso femore» sono stati 50, i trattamenti sono stati trisettimanali e sono stati prolungati a domicilio per circa due mesi.

Di seguito vengono riportati i dati riepilogativi riguardanti i pazienti trattati (tabella 1). Come precisato, dopo alcuni mesi dall'avvio del progetto, il Distretto di Campi Salentina è stato

inserito nel progetto Reteargento e di conseguenza tutti i pazienti inseriti in questo particolare tipo di Assistenza domiciliare integrata, sono stati valutati secondo la metodica del VAOR-ADI. Per quanto concerne poi la valutazione del livello di autonomia personale (ADL) è stata utilizzata la specifica scala che prevede un punteggio pari a 0, in caso di massima autonomia e 4 nei casi di massima dipendenza.

Lo schema riassuntivo indicato in precedenza dimostra che nel servizio progettato sono state inseriti pazienti molto anziani (età media 74,5 anni con un coda massima rappresentata da una paziente di 99 anni con demenza, rimasta allettata alla fine dei due mesi di trattamento) e molto compromessi (il livello di autonomia era quasi nullo considerato un punteggio medio di 3,37). Di grossa rilevanza funzionale è il dato riguardante le comorbilità. La tabella 2 indica le patologie che sono state riscontrate nei pazienti e valutate con il VAOR. Queste malattie possono essere imputate quali co fattori di rischio per l'evento traumatico.

Di recente il Lancet (353, 93, 1999) ha pubblicato uno studio riguardante le condizioni cliniche che possono favorire le cadute nell'anziano e di conseguenza quali possibili interventi preventivi possono essere effettuati grazie anche ad un valido lavoro interdisciplinare. Il nostro campione si-

Tabella 1

Esito del programma riabilitativo dopo 2 mesi di trattamento trisettimanale	Sesso maschile	Sesso femminile	Totale	Età media	Pazienti valutati con il VAOR	Autonomia secondo VAOR. Punteggio medio se determinato
Pazienti deceduti	0	2	2	87	0	
Pazienti allettati	2	5	7	84,5	3	3,83
Pazienti deambulanti con girello	7	9	16	75,3	10	3,46
Pazienti deambulanti con due bastoni	1	12	13	74,76	5	2,62
Pazienti deambulanti con un bastoni	2	8	10	74,9	4	3,48
Pazienti deambulanti con assistenza.....	0	1	1	74	1	3,5
Pazienti con deambulazione autonoma.....	1	0	1	79	1	0
Totale.....	13	37	50	74,5	24	3,37

Tabella 2

Patologie principali emerse con la valutazione VAOR (25 pazienti)	%
Demenza.....	40
Disturbi cardiocircolatori	32
S. di Parkinson.....	12
Ictus.....	4
Sclerosi multipla.....	4
Disturbi visivi.....	4
Depressione.....	4
	100

curamente non è significativo per poter determinare con certezza una eventuale correlazione tra patologie ed evento traumatico ma pone sicuramente le basi per un futuro lavoro sul tema.

Sono stati poi esaminati i costi legati all'intervento assistenziale. Questa rilevazione è stata fatta attraverso l'uso di un *software* preparato per questo progetto, capace di registrare una analitica rilevazione degli interventi effettuati e dei relativi costi. La tabella 3 ne indica il risultato a distanza di 12 mesi.

Nell'analisi dei costi sono stati inseriti quelli relativi alla fornitura di protesi e presidi che, in alcuni casi, sono stati costituiti da letti ortopedici, materassi antidecubito e ogni altro presidio necessario per migliorare lo stato di vita del paziente allettato. Naturalmente nell'analisi non sono compresi quei farmaci necessari per il trattamento di patologie internistiche, prescritti direttamente dal medico di medicina generale e ritirati dalle farmacie comunali.

Dalla tabella si evince che durante il trattamento sono state effettuate per ogni paziente circa 100 prestazioni, con una media di 1,7 interventi al giorno effettuati dal medico di medicina generale, dai terapisti della riabilitazione, dagli infermieri professionali e dagli specialisti. Il costo finale del ciclo di trattamento è stato di circa un milione e centoventisettemilatre.

La tabella 4 analizza i punti di forza e i punti di debolezza dell'intero percorso.

Parallelamente è stata effettuata una analisi sui ricoveri ospedalieri effettuati per la patologia specifica «frattura del femore» in tutti gli ospedali dell'Azienda AUSL LE1 e, per quanto possibile negli ospedali appartenenti ad aziende vicine.

L'obiettivo dello studio è stato quello di rilevare:

1) la frequenza dei ricoveri per frattura di femore nella popolazione residente nei Comuni del Distretto n. 3 di Campi Salentina;

2) il numero di pazienti che per tale trattamento si sono rivolti al Presidio ospedaliero dello stesso Distretto e/o ad altri Presidi ospedali dell'Azienda USL LE 1;

Tabella 3

Pazienti con gravi fratture	Prestazioni	Costi
Prestazioni dei medici di medicina generale	385	13.475.000
Prestazioni degli specialisti	26	967.200
Prestazioni degli operatori non medici	5.265	39.816.254
Prestazioni delle organizzazioni di volontariato.....		
Ausili e presidi concessi dal nomenclatore.....	2.271	9.169.407
Farmaci	116	166.478
Materiale di medicazione e ausili extra nomenclatore.....	960	649.348
Totale generale costi nel periodo.....	9.023	64.243.687
Totale generale ricoveri nel periodo (*)	57	
Costo medio del paziente nel periodo.....		1.127.082
Media giornaliera di interventi domiciliari effettuati		1,7

(*) Sono stati indicati anche 7 pazienti che hanno effettuato il programma nel 1997 e lo hanno ultimato nei primi giorni del 1998.

3) i pazienti che all'interno del percorso integrato ospedale territorio hanno usufruito al momento della dimissione del programma di assistenza integrata (ADI);

4) i possibili indicatori, rilevabili dalle SDO, capaci di determinare la tipologia di pazienti eleggibili in ADI;

5) il fatturato complessivo in DRG sopportato dall'Azienda per questa tipologia di utenza.

5. Conclusioni

I risultati ottenuti hanno dimostrato che non tutti i pazienti trattati nella sede ospedaliera di Campi Salentina per frattura di femore, vengono avviati all'assistenza domiciliare integrata. Questa tipologia di assistenza, viene correttamente riservata a quei pazienti che risultano essere clinicamente compromessi per la co presenza di altre patologie di interesse internistico. La valutazione attraverso il VAOR-ADI risulta essere uno strumento di lavoro essenziale per la definizione dei «bisogni» del paziente, per la formulazione del programma di assistenza domiciliare e per la definizione dei risultati che possono essere ottenuti con l'intervento assistenziale. A tal fine, la

Tabella 4

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
1. Avvio del lavoro di <i>équipe</i> tra operatori appartenenti a «strutture» diverse	1. Elevato <i>turnover</i> degli operatori, reclutati attraverso contratti a tempo determinato
2. Avvio di un processi terapeutico riabilitativo «studiato nel dettaglio» e destinato a pazienti particolarmente «fragili»	2. Assoluta carenza del personale tecnico di riabilitazione (2 terapisti peraltro impegnate anche per pazienti con <i>ictus</i> recenti)
3. Riduzione del rischio di inabilità permanente dei pazienti trattati	3. Insufficienza di tre trattamenti settimanali e mancanza di attrezzature fisiatriche di supporto
4. Pieno raccordo funzionale tra MMG, specialista ed <i>équipe</i> ADI orientato sul risultato	4. Elevato numero di pazienti in gravi condizioni cliniche generali
5. Attivazione di un percorso che ha come sede di elezione il domicilio del paziente	5. Mancanza di una struttura residenziale di supporto (RSA) per gli interventi intensivi
6. Supporto continuo ai familiari e a quanti garantivano un supporto al paziente	6. Difficoltà da parte degli specialisti ospedalieri a garantire interventi domiciliari
7. Utilizzo di un sistema di valutazione multidimensionale oggettivo capace di definire indicazioni per i percorsi assistenziali	7. Attivazione tardiva della struttura riabilitativa ambulatoriale per la presa in carico dei pazienti già trattati a domicilio
8. Possibilità di inserire gli interventi in una complessa rete di assistenza domiciliare	8. Scarsa collaborazione delle amministrazioni comunali nella fase di sostegno alla persona
9. Limitato impegno economico	9. Sovraccarico degli operatori utilizzati in altri servizi distrettuali
10. Impegno operativo orientato alla qualità	10. Difficoltà nel programmare e attuare le riunioni in <i>équipe</i>

scheda di dimissione ospedaliera e di conseguenza il cartellino di dimissione non contenendo alcuna informazione sulle patologie associate non consentono alcuna valutazione sulle reali necessità del paziente. È stato inoltre rilevato che la maggioranza dei pazienti assistiti domiciliariamente non proviene dalle strutture ospedaliere direttamente gestita dalla AUSL bensì da altri presidi ospedalieri. Di conseguenza il medico di medicina generale ha rappresentato il reale collegamento tra struttura di ricovero e il domicilio del paziente.

Anche in questo particolare progetto, l'attivazione del VAOR-ADI ha consentito in sede di Unità di valutazione geriatrica, la pianificazione d'*équipe* degli interventi assistenziali necessari ma ha consentito di stabilire

«chi fa che cosa» senza duplicazione di interventi o, peggio, *défaillance* nella presa in carico del paziente. È risultato di fondamentale importanza la realizzazione, all'interno del distretto, di una struttura specialistica ambulatoriale riservata a quei pazienti capaci di essere avviati al trattamento riabilitativo subito dopo la dimissione ospedaliera o a quanti dopo alcuni cicli di trattamenti domiciliari si trovano nelle condizioni di proseguire la riabilitazione in sede ambulatoriale. È risultato infine essenziale rafforzare il rapporto professionale tra *équipe* ospedaliera ed *équipe* territoriale attraverso programmi condivisi orientati ai bisogni del paziente e caratterizzati tra l'altro da momenti di verifica dei risultati ottenuti in funzione degli obiettivi prefissati.

6. ACTION = standardizzare ed iniziare il nuovo ciclo

Considerata la buona riuscita dell'esperienza in precedenza illustrata, e considerato il livello di soddisfazione comunicato dall'utenza e dagli operatori sanitari interessati al progetto si è pensato di riprogrammare gli interventi puntando:

1) alla realizzazione di una struttura ambulatoriale di fisiokinesiterapia attrezzata per soddisfare le diverse esigenze dei pazienti;

2) al potenziamento dell'organico da destinare all'assistenza riabilitativa e infermieristica;

3) alla elaborazione di una cartella clinica unica per ogni paziente, capace di accogliere non solo gli interventi assistenziali erogati ma anche e soprattutto l'evoluzione clinica dello stesso considerato che, specie per il paziente anziano, vi sono ripetuti momenti in cui lo stato di salute si modifica richiedendo un intervento di operatori sanitari (quaderno di salute dell'anziano);

4) riservare presso l'erigenda RSA (Residenza sanitaria assistenziale) di Campi Salentina una adeguato numero di posti letto, capaci di accogliere pazienti non autosufficienti privi di apporto assistenziale domiciliare o comunque abbinabili di un ricovero temporaneo in struttura protetta;

5) potenziare il raccordo funzionale con le amministrazioni comunali in modo da garantire una presa in carico integrata del paziente;

6) definire in maniera formale i momenti da riservare alle riunioni di *équipe* tra operatori appartenenti alla UVG e operatori delle strutture ospedaliere interessati ai casi;

7) definire un *reporting* per stabilire il livello di soddisfazione dell'utenza e gli eventuali suggerimenti che da questa possono venire in tema di miglioramento del servizio.

BIBLIOGRAFIA

- RUTA C. (1993), *Sanità e management, razionalizzazione strutturale e produttiva, controllo dei costi e del finanziamento, umanizzazione e qualità totale*, ETASLIBRI, Milano.
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità*, EGEA, Milano.
- LONGO F. (1999), *AUSL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali*, EGEA, Milano.
- ANTHONY E D.W. YUNG (1999), *Controllo di Gestione per il settore non profit*, R.N., McGraw-Hill, Lancet, 353, 93.

MECOSAN

La rivista trimestrale

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

IL MANAGEMENT SANITARIO TRA MITO E REALTÀ: UN'INDAGINE EMPIRICA DEL CASO DELLA POLONIA

Nancy Harding

Nuffield Institute for Health, University of Leeds

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Lo studio - 3. Le narrazioni del *management* nel sistema sanitario polacco - 4. Discussione - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

Lo sviluppo del *management* nel settore dei servizi sanitari è relativamente recente rispetto a quanto avvenuto nel settore industriale. In Inghilterra l'introduzione di logiche manageriali nei servizi sanitari ha proceduto di pari passo con la diffusione di corsi di formazione e istruzione manageriale. Attualmente siamo attivamente impegnati nel sostenere lo sviluppo del *management* sanitario nei paesi dell'Europa orientale e centrale, con il supporto finanziario dell'Unione europea.

Di tali programmi di formazione non esiste, al di là delle semplici valutazioni espresse dai partecipanti, alcuna analisi critica. Pertanto non siamo in grado di comprendere se ciò che intendiamo effettivamente insegnare coincida con ciò che i partecipanti imparano. Il *paper* riporta i risultati di uno studio compiuto su un gruppo di partecipanti ad un corso di formazione di «*management* sanitario» in Polonia. Esso dimostra come, a prescindere da ciò che si intende insegnare, i professionisti della sanità nell'Europa centrale hanno una immagine mitizzata del *management*, il che condiziona il modo in cui recepiscono i messaggi

loro trasmessi attraverso i corsi di formazione.

L'analisi di 2000 questionari e di un sotto-campione di domande aperte tradotte in inglese, compilati dai partecipanti al corso di formazione in Polonia, dimostra che l'ideale del «*manager* razionale» domina il modo in cui gli professionisti della sanità credono che le aziende vadano gestite. È a questo modello che essi aspirano ed è questo modello che li ha spinti ad iscriversi ai corsi di formazione. Essi si aspettano di diventare *manager* nel senso occidentale del termine e vedono la formazione come lo strumento attraverso cui acquisire quelle abilità che sole possono consentire loro di trasformarsi in *manager*.

L'osservazione empirica dimostra che questo modello di *management* è al tempo stesso superato e non rappresenta adeguatamente la pratica effettiva di cui costituisce una vera e propria «lettura mitizzata». I *manager* non agiscono secondo i dettami della concezione tecnico-razionale di *management*. Ad ogni modo sembra essere questa la «favola» a cui crede la maggioranza delle persone nel tentativo di governare i cambiamenti rilevanti nella loro esperienza di lavoro. La storia del *management* che essi vogliono sentirsi raccontare è quella che

offre loro certezze e promette loro il controllo. Le implicazioni di questa visione costituiscono le conclusioni della ricerca.

2. Lo studio

Dopo la caduta del comunismo, gli stati dell'Europa centro-orientale stanno riformando i loro servizi sanitari e molti stanno tentando di introdurre logiche e tecniche manageriali. L'Unione europea collabora a tale evoluzione finanziando progetti di sviluppo manageriale. Uno di questi si prefiggeva l'obiettivo di formare 2000 professionisti del settore sanitario in Polonia attraverso corsi di formazione della durata di non più di 10 giorni.

Al fine di comprendere che cosa intendessero i partecipanti ai corsi (medici, personale infermieristico, *manager* ed esperti del settore) per *management* e come i corsi stessi impattassero sulla loro percezione, sono stati somministrati dei questionari al-

Il *paper* originario è stato presentato alla 32ª Conferenza annuale della European Health Care Management Association (Dublino, 24-26 giugno 1998) con il titolo «What are we teaching when we teach "Health Management"?».

Versione italiana a cura della redazione.

l'inizio ed alla fine del percorso formativo. Sui circa 1.800 questionari compilati all'inizio del corso, ne sono stati selezionati casualmente un centinaio e sono stati tradotti in inglese. Solo due precondizioni sono stati introdotte nella selezione: 1) leggibilità della grafia e 2) risposte anche alle domande aperte. La traduzione è stata affidata a una persona di madrelingua polacca, oggi residente nel Regno Unito, laureata in letteratura inglese che ha lavorato a stretto contatto con chi scrive al fine di pervenire alla migliore comprensione possibile dei significati da attribuire ai testi.

2.1. Informazioni demografiche

Si forniscono di seguito una serie di informazioni circa la provenienza dei partecipanti ai corsi. Le informazioni sono state ricavate dall'analisi dei cento questionari selezionati:

— per il 40% si tratta di medici (alcuni *senior manager*), per il 37% del personale infermieristico e per il 23% di altre categorie (poiché alcuni degli appartenenti a quest'ultimo gruppo si definiscono *senior manager* in esso potrebbero rientrare alcuni medici);

— le donne rappresentano il 56% del totale;

— poco più della metà del gruppo ha un'età compresa tra i 40 e i 49 anni, un quarto tra i 30 e i 39 e il 18% supera i 50 anni. Soltanto il 6% ha un'età inferiore ai 30 anni;

— il 70% si definisce «con poca esperienza», solo il 12% con molta esperienza e il 18% senza alcuna esperienza. Soltanto 5 partecipanti hanno affermato di non avere mai ricoperto ruoli manageriali. Il 66% ha dichiarato che i compiti manageriali assorbono la metà o poco più del proprio tempo, il 35% che questi costituiscono la loro attività principale;

— i partecipanti hanno ricevuto in passato una scarsa formazione di natu-

ra manageriale. Il 48% non ha mai partecipato a corsi di formazione, il 30% vi ha partecipato per un tempo inferiore ad un mese e soltanto al 12% per un periodo superiore ai tre mesi. Un terzo del gruppo non ritiene che l'adempimento di compiti manageriali possa costituire la maggior parte del proprio lavoro, ma i due terzi sono pienamente coinvolti in ruoli manageriali.

In conclusione, siamo di fronte ad un gruppo di operatori nella fase centrale della loro carriera e a cui, prevedibilmente, sarà affidata buona parte della responsabilità di attuazione delle riforme del sistema sanitario polacco.

2.2. Definizione di management

Si è chiesto ai partecipanti di dare una breve definizione di *management*. Le risposte fornite a tale domanda, solitamente molto brevi e decise, sono state sottoposte ad una analisi di contenuto e i risultati sono riportati in tabella 1.

Dall'analisi condotta appare chiaro che il *management* viene percepito come un'attività altamente razionale che prevede l'esplicitazione di obiettivi, l'organizzazione di tutte le risorse (comprese le risorse umane) e l'impiego di specifiche abilità (le capacità di pianificare, organizzare e controllare vengono citate spesso) in vista del conseguimento di quegli obiettivi.

Soltanto due partecipanti sottolineano l'importanza di garantire prestazioni di qualità così da soddisfare il

paziente e soltanto altri due prendono in considerazione aspetti non razionali quali l'instabilità e il *caos* dell'ambiente e del contesto politico di riferimento.

Il *management* è quindi concepito da questi professionisti, che si accingono allo studio della materia, come un processo estremamente razionale e logico. Tale concezione riecheggia il modello di *management* dominante in gran parte della letteratura occidentale, quello che Reed (1989) etichetta come «concezione tecnica». La concezione tecnica vede il *management* come:

— razionale;

— meccanismo organizzativo formale;

— volto al coordinamento su larga scala delle persone al fine di raggiungere la stabilità di lungo periodo nella società. Il *management* è un sistema di governo e guida;

— ha a che fare con i mezzi (efficacia tecnica) piuttosto che con i fini («Come fare» piuttosto che «Perché farlo?»);

— una tecnologia neutrale sotto il profilo sociale per raggiungere obiettivi che altrimenti non potrebbero essere conseguiti.

Il *management* è in questa prospettiva di enorme importanza teorica e pratica perché «senza il *management* la società non potrebbe sopravvivere».

L'attenzione si concentra sugli aspetti strutturali del *management*. Quale struttura dovrebbero avere le aziende perché i *manager* possano ge-

Tabella 1

Management significa	N. delle risposte
Organizzare le risorse umane	39
Fissare gli obiettivi e adoperarsi per raggiungerli	34
Una lista di funzioni (pianificazione, ecc.)	16
Gestire le risorse umane e finanziarie	16
Governare i processi decisionali e risolvere i problemi	12
Soddisfare le esigenze dei pazienti	2
Politica	2

stirle come macchine altamente efficienti? Come mantenere l'ordine? Come motivare il personale? Come mantenere il controllo? Questa corrente di pensiero è strettamente connessa alla teoria dell'organizzazione: *management* e organizzazione sono pensati come sinonimi.

Il compito più importante del *management* in questo modello è quello di governare la struttura dell'azienda e di assicurare che si agisca secondo le regole fortemente gerarchizzate sulla cui base essa è disegnata (Reed, 1989). Non si pensa, quindi ai *manager* come esseri umani, ma come macchine — prive di sentimenti — il cui unico desiderio è servire l'azienda. Non hanno altri valori che quelli dell'azienda, e questi sono sempre assunti come giusti. I *manager* sono dei semi-dei, che tutto vedono e tutto sanno. Il *manager* è, in questo modello, un automa estremamente razionale.

3. Le narrazioni del *management* nel sistema sanitario polacco

Si è chiesto ai partecipanti di dare una breve descrizione (tra le 50 e le 100 parole) di come sia il *manager* delle aziende sanitarie polacche (es. come è un tipico *manager* in Polonia? Che tipo di attività svolge?). Le 100 persone intervistate hanno risposto con descrizioni per un totale di 8200 parole. La analisi dei contenuti non avrebbe reso giustizia del quadro da essi tracciato a parole, perché le 82 parole in media per descrizione fornivano brevi «storie» che tendevano a sovrapporsi, intrecciarsi e ripetersi le une con le altre. Inoltre, per ricondurre le storie entro la rigida griglia imposta dall'analisi dei contenuti si sarebbe dovuto modificare il significato delle parole in qualcosa di diverso da ciò che complessivamente emergeva dal testo. Si è quindi preferito adottare

una forma di analisi di carattere narrativo.

Boje (1991, citato in Barry e Elmes, 1997) invita il ricercatore a tentare di interpretare le storie che le persone raccontano nel tentativo di dare una spiegazione del mondo. Le narrazioni, sostengono Barry e Elmes (1997), sono modi di costruzione di «senso complessivo» in cui le narrazioni e i racconti di ogni singolo individuo rappresentano una parte di un tutto. La tecnica delle narrazioni riconosce perciò la presenza di realtà multiple interconnesse. Sottolinea la natura discorsiva e sociale di ciò che viene analizzato, poiché la narrazione usa il linguaggio per costruire il senso. L'approccio narrativo si chiede chi sono le persone coinvolte nello scrivere e nel leggere le storie, chi viene, quindi, tenuto ai margini e come le storie, le narrazioni siano collegate al potere. Esplora i meccanismi della retorica. Attraverso l'uso di archetipi e simboli, come l'eroe o il martire, è possibile pervenire a livelli più profondi di significato. La teoria delle narrazioni ci consente di «smontare» l'universo concettuale, in quanto le storie che vengono narrate sono «sequenze tematiche sistematizzate che veicolano un significato dall'autore coinvolto al lettore coinvolto» (Barry e Elmes, op. cit., p. 431).

Nel complesso, dai questionari emergono tre diverse storie. Esse possono essere ricondotte alla classificazione degli stili narrativi, individuata da Jeffcut (1994). Il gruppo più numeroso (37 persone) concepisce il *management* come una battaglia eroica contro difficili ostacoli, 31 persone hanno un atteggiamento critico verso il *management* e scrivono nella forma della tragedia, mentre l'ultimo gruppo, i romantici (32 persone), curiosamente ignora la domanda su ciò che è la realtà del *management* e fornisce una descrizione di ciò che il

management dovrebbe essere. Una volta eliminate le ripetizioni restano 2600 parole dalle quali è possibile ricostruire tre distinte narrazioni che rappresentano il più fedelmente possibile ciò che i 100 partecipanti hanno scritto.

3.1. Il romanticismo

Nei romanzi i protagonisti vivono in una società che li opprime, in lotta continua con gli ostacoli per riuscire a transitare in una società migliore. La narrazione seguente descrive l'eroe che si fa strada in questa nuova società. Questo eroe non solo ha numerose virtù e qualità, ma viene considerato come già presente nella realtà.

I *manager* dovrebbero essere abili sugli aspetti finanziari e capaci amministratori. Dotati di buone capacità relazionali, sono in grado di risolvere i conflitti, sono ben voluti dai loro dipendenti, più che dai superiori, pretendono molto dal loro *staff*, ma garantiscono in cambio una *leadership* di buon livello, sono in grado di cogliere le potenzialità delle persone e di attivare i percorsi formativi che più consentono di valorizzarle. Dovrebbero gestire il lavoro dei dipendenti in modo tale che sia il più efficace possibile e che sia per gli stessi elemento di soddisfazione.

I *manager* nel sistema sanitario polacco sono ferrati in psicologia, economia e giurisprudenza, parlano più lingue e sono competenti in *Information Technology*. Sanno negoziare i contratti. Se inizialmente hanno avuto una formazione medica sono stati in grado di abbandonare il loro ruolo e di concentrarsi sulla funzione manageriale. Conoscono l'apparato giuridico e le leggi fondamentali che regolano il sistema.

Il tutto è sintetizzabile in una sola parola: sono dei «professionisti». Anticipano gli sviluppi futuri, colgono le

opportunità e sono capaci di pianificare, così come sono in grado di prendere decisioni rapide, corrette e oggettive. Sono responsabili e coraggiosi nel farlo e migliorano costantemente i sistemi di *management*. Sono obiettivi e in grado di valutare i propri risultati.

Non cercano di fare l'impossibile, ma fanno molto perché sono ben organizzati, abili nell'individuare le priorità e nel pianificare i carichi di lavoro.

Sotto il profilo umano appaiono di buon umore, sono puntuali, capaci di ascoltare le persone, sono gentili, ma fermi nei comportamenti e tengono sempre fede ai loro impegni.

Hanno una spiccata sensibilità verso i fabbisogni di cambiamento e sono bravi nel gestirlo, sono in grado di adattarsi e rispondere alla domanda in continua evoluzione che viene dal governo. Dovrebbero essere pagati a sufficienza di modo che non cerchino altrove migliori opportunità economiche.

3.2. Il racconto epico

Nel racconto epico deve essere intrapreso un viaggio pericoloso che comporta una lotta fatale. Nella narrazione che segue vedremo ancora l'eroe del precedente racconto, ma egli è impegnato nel suo viaggio pericoloso e sta combattendo una difficile battaglia contro le forze dell'inerzia e dell'apatia. La battaglia è in corso e il risultato è incerto.

I *manager* del sistema sanitario polacco possono essere ricondotti a due grandi categorie: da un lato è possibile rinvenire la figura del *manager* della «vecchia generazione», formatosi sotto il vecchio regime, dall'altro quella del *manager* della «nuova generazione», giovane e dinamico. Entrambi godono di ridotti margini di discrezionalità a causa delle caratteristiche dell'ambiente in cui operano e si sono formati.

L'ambiente

Il *manager* polacco opera in un ambiente fortemente restrittivo, disegnato ed imposto dal governo centrale e dall'alta dirigenza amministrativa.

Per meglio comprenderne le caratteristiche è opportuno svolgere l'analisi su quattro piani: burocratico, economico, inter-professionale e interpersonale.

La rigidità delle procedure burocratiche, imposte dal sistema, è sintomo della totale miopia del governo centrale e dell'alta dirigenza. Molte persone, a tutti i livelli della scala gerarchica, si sono formate in seno al sistema dell'economia pianificata comunista; operano abbastanza bene sul piano finanziario e non vedono ragioni per avviare processi di cambiamento. Essi diramano così tante regole, direttive e regolamenti da paralizzare l'azione del *manager*. I *manager* non godono di alcun margine di autonomia operativo-gestionale, non possono decidere le dimensioni dello *staff* professionale di cui abbisognano e tanto meno possono decidere come utilizzarlo. La gestione delle risorse umane è un'illusione, perché tutti i cambiamenti nei rapporti col personale sono limitati da regole e leggi.

Alla rigidità degli imperativi burocratici si aggiungono condizioni economiche fortemente restrittive. Il risultato è una scarsità di risorse e di attrezzature indispensabili. La maggior parte del tempo dei *manager* è necessariamente dedicata ai problemi finanziari e alla «ricerca dei soldi». I fondi disponibili non consentono niente di più che una «allocazione della povertà». I *budget* assegnati sono insufficienti, fortemente vincolanti, e per di più spesso vengono ridotti in itinere. Pertanto, i *manager* sono costretti a spendere la maggior parte della propria giornata alla ricerca di fondi e di come far quadrare i conti, sottraendo così tempo all'esercizio delle funzioni

di carattere prettamente manageriale. Il fenomeno è aggravato dall'assenza di persone affidabili cui poter delegare compiti, il che costringe i *manager* ad occuparsi personalmente di una serie di problemi operativi, finendo con il venire assorbiti dalla ricerca di soluzioni a problemi di ordinaria amministrazione.

Un ulteriore fattore che indebolisce l'autonomia e l'azione del *management* proviene dalle professioni e dai sindacati, con i quali il *manager* è costretto a «consultarsi» troppo spesso. L'imperativo che guida l'azione dei medici è quello di evitare il contrasto con i sindacati, anche se l'etica professionale non consente loro di gestire l'azienda sanitaria secondo i dettami dell'economia di mercato. Le incomprensioni con i sindacati sono particolarmente rischiose, mentre la professione medica contrasta l'adozione di logiche manageriali.

L'ultima considerazione che è opportuno fare riguarda i rapporti con il personale dipendente e con i pazienti. Il dirigente di un'azienda sanitaria in Polonia si trova spesso a dover lottare per imporre la sua visione del funzionamento del servizio sanitario. Egli deve combattere contemporaneamente su tre fronti: con l'amministrazione centrale, con i dipendenti e con i pazienti, e qualsiasi decisione prenda scontenta almeno una delle tre categorie.

Il *manager* polacco è perciò perso e vaga nei meandri di un sistema sanitario malato, in condizione di poteri limitati. La condizione del *manager* polacco può essere sintetizzata dal termine «Ubezwłasnowolniony». Si tratta di un'espressione di derivazione contadina, utilizzata nell'età medievale per indicare situazioni in cui non si hanno poteri, né influenza, né si può prendere alcuna decisione. Conseguentemente, il dirigente modello è

colui che rispetta rigidamente tutte le regole imposte dall'alto.

In tale sistema i *manager* sono impotenti, privati del ruolo di chi decide e dà vita all'azienda e relegati a quello di semplici amministratori o impiegati; assorbiti da problemi di ordinaria amministrazione, essi non hanno la possibilità di applicare le competenze manageriali apprese. Sono necessariamente coinvolti in ogni singolo conflitto o problema a tutti i livelli.

La persona stessa

Tradizionalmente il *manager* di una unità sanitaria polacca era un medico senza alcuna qualificazione, formazione o competenza di natura manageriale, competenze finora non necessarie. Questo tipo di *manager* gestiva l'azienda affidandosi al suo intuito e ad alcuni elementari principi della dottrina manageriale. La sovrapposizione dei due ruoli di medico e amministratore implicava una sofferenza per entrambi i ruoli.

Di recente le cose sono cambiate. Hanno fatto la loro comparsa nuovi *manager*, dotati di *leadership* e capaci di guidare un gruppo di persone. Questa seconda tipologia viene percepita come rapidamente vincente e sta occupando le posizioni di responsabilità. Questi *manager*, che non sono pagati molto bene, sanno quali sono i compiti del *management* e stanno facendo del loro meglio per migliorare la situazione. Molti hanno seguito numerosi corsi di formazione e stanno cercando di mettere in pratica ciò che hanno appreso, ma rischiano costantemente di essere fraintesi dagli altri. Programmano l'attività medica sulla base delle risorse finanziarie di cui dispongono, organizzano il lavoro in ospedale definendo con precisione compiti dei medici, cercano di promuovere rapporti interpersonali corretti nell'ambiente di lavoro. Ricercano attivamente fonti

alternative di finanziamento e decidono nei limiti delle limitate risorse loro assegnate, consapevoli del rischio sempre presente dell'indebitamento.

Questi nuovi *manager* devono affrontare molti problemi. Costretti tra la normativa e i vincoli finanziari, non hanno altra scelta che quella di scendere a compromessi con la propria etica. Quando le regole cambiano, talvolta devono prendere decisioni che li possono mettere in contrasto con le norme formali. Operando al confine tra ciò che è legale e ciò che non lo è devono assumersi dei rischi e agire con diplomazia, cercando ad esempio uno *sponsor*. Tutto ciò è necessario per assicurare la continuità delle attività. Devono costantemente e in maniera drammatica scegliere quale problema risolvere per primo, e molto spesso devono basare la loro decisione su quello che è «il minore di due mali». Sperimentano come i nuovi metodi di lavoro che cercano di introdurre vengano fortemente criticati e non riescano ad essere accettati da un personale che non si identifica con i valori, i fini e gli interessi dell'istituzione. I loro superiori gerarchici non comprendono i loro metodi e non li supportano adeguatamente.

I nuovi *manager* soffrono quindi di un pesante senso di frustrazione a causa del contesto nel quale operano. Girano a vuoto, costantemente distratti da problemi di scarsa importanza, non soddisfatti di se stessi o dei loro collaboratori, frustrati dalla dissonanza tra gli obiettivi dell'ospedale e quelli della professione medica. Sono frustrati dalla mancanza di riforme, frustrati dalla instabilità delle posizioni assunte dal Ministero, frustrati dalla mancanza di una qualsiasi visione dietro alle proposte di riforma, frustrati dalla impossibilità di produrre anche minimi miglioramenti ai servizi, frustrati nel trattare con la professione medica, frustrati dalle incoerenze nelle asse-

gnazione delle risorse. Queste nuove forze del *management* stanno quindi entrando nelle «vecchie e marce strutture amministrative delle unità sanitarie» e devono affrontare il rischio di assumere «i vecchi stereotipi» e di diventare uno di loro. Per essere all'altezza della sfida non devono essere intelligenti e aperti, ma anche preparati, a seconda delle circostanze, ad accettare i compromessi o ad essere duri, e devono trovare e sperimentare modi efficaci per operare insieme ai loro collaboratori.

3.3. La tragedia

Nella tragedia gli ostacoli trionfano e le aziende falliscono. Jeffcut (1994) individua le caratteristiche di questo tipo di narrativa in difficoltà di adattamento, ostacoli insormontabili, ricerca di capri espiatori, disarmonia, disequilibrio, scostamenti tra aspettative e inevitabili prodotti della disarmonia. Ritroviamo l'eroe descritto nelle due forme narrative precedenti, ma nella tragedia egli gioca il ruolo di antagonista del male e di colui cui ricorrere per salvare le aziende dalla distruzione.

I dirigenti delle aziende sanitarie dovrebbero essere portatori di una conoscenza a tutto tondo che spazi da aspetti di natura manageriale, inerenti alla pianificazione e all'organizzazione aziendale, ad aspetti relativi alla gestione delle risorse umane. I *manager* dovrebbero essere in grado di percepire i problemi dei dipendenti e le difficoltà che questi ultimi incontrano nello svolgimento dei loro compiti. Dovrebbero essere dei buoni *manager* con solide basi di economia in grado di gestire le risorse e di allocarle correttamente. Nel sistema sanitario polacco è impossibile rinvenire persone con queste caratteristiche, perché la maggior parte di coloro che ricoprono ruoli manageriali sono me-

dici e la loro prima fedeltà è alla professione.

La consuetudine di far ricoprire posizioni manageriali ai medici era coerente con il vecchio sistema che si focalizzava solo sull'erogazione del servizio, ignorando quasi completamente le questioni di natura economica. In un contesto in cui è completamente assente ogni tensione all'efficiente impiego delle risorse, è sufficiente che i dirigenti siano medici, poco importa che siano *manager*.

I *manager* del sistema sanitario polacco hanno quindi una formazione medica e sono stupiti della differenza tra medicina e *management*. È difficile immaginare che uno qualsiasi degli attuali *manager* abbia aspirato a rivestire quel ruolo, che abbia sognato di diventare *manager*. L'impressione è piuttosto quella di persone che ricoprono la posizione manageriale per caso, conseguentemente essi dedicano molto del loro tempo all'esercizio della professione medica, trascurando i compiti di natura gestionale. Nonostante ciò essi tentano di esercitare una influenza significativa su tutto.

Il loro stile preferito è quello dell'autocrate. Sono meschini e si credono superiori agli altri. Presuntuosi e dispotici, non sanno prendere decisioni corrette, tendenza accresciuta dalla scarsa disponibilità ad accettare consigli. Di mezza età e disciplinati, sono disposti a tutto pur di preservare la posizione raggiunta. Miopi, poveri di risorse non si prendono cura dell'azienda. Molto spesso non sono le persone giuste per ricoprire le posizioni loro assegnate.

Nel dirigere le proprie unità i *manager* dovrebbero facilitare il lavoro ai propri collaboratori, dovrebbero essere disponibili e aperti nei loro confronti, essere attenti all'equità e alla valutazione corretta di ogni dipendente, gestire in modo da ottenere il massimo dei risultati e sulla base di solide

conoscenze. Un *manager* tipico in Polonia è l'esatto contrario: la capacità degli attuali *manager* di gestire gli aspetti economici e sociali delle aziende affidate alla loro responsabilità è virtualmente nulla. Questa mancanza completa di efficacia potrebbe essere ascritta al mutato contesto al quale molti dei *manager* non hanno saputo adattarsi.

Dirigere, pianificare, organizzare e prendere decisioni

I *manager* tendono ad affidarsi alle norme giuridiche e ai superiori gerarchici, e solo raramente assumono responsabilità in proprio. Solitamente sono meri esecutori dei compiti loro affidati dai superiori gerarchici, e nei rari casi in cui prendono l'iniziativa faticano a trovare il necessario sostegno in seno all'azienda. Il loro orizzonte decisionale è fortemente orientato al breve periodo. Non sono capaci di descrivere il funzionamento della propria unità e di valutarne i risultati. Impiegano troppo tempo per decidere, soprattutto su questioni urgenti, probabilmente perché non posseggono le necessarie competenze. Con poca formazione alle spalle, commettono spesso errori, e il peggio è che pensano di avere ragione.

Gestire il personale

I *manager* polacchi non posseggono le abilità necessarie per gestire il personale. A prescindere dal fatto che siano medici, economisti o esperti di organizzazione, non comprendono i principi di base per organizzare il lavoro del personale loro affidato. Del resto, spesso sono medici «falliti», per cui se non sono stati in grado di presidiare il loro campo di elezione come si può pensare che possano essere dei «bravi *manager*»? Come se non bastasse sono circondati da personale in-

competente, per cui sono spesso costretti ad accollarsene il lavoro. Non attivano sistemi di valorizzazione ed incentivazione del personale, non sono capaci di comunicare e rimangono isolati.

Gestire le risorse finanziarie

Il compito principale dei *manager* o degli amministratori in Polonia sembra essere quello di allocare le risorse finanziarie che provengono dai livelli istituzionali superiori senza cercare fonti alternative di finanziamento. Conoscono molto poco delle tecniche negoziali, e di conseguenza non sono capaci di concludere contratti favorevoli in un contesto di mercato. Non sanno come ottenere risultati positivi lavorando duramente e come gestire le risorse finanziarie, per cui si affidano interamente ai ragionieri capo, anche loro, peraltro, poco competenti in materia. Il *focus* prioritario della loro azione è la competizione burocratica e tutto ciò che aumenta la probabilità di mantenere la loro posizione.

Governare il cambiamento

I classici dirigenti, soprattutto se della vecchia generazione, si comportano come se operassero ancora nel vecchio sistema. Non vogliono il cambiamento e sembrano non capirne le ragioni. Non sono in grado di lavorare autonomamente e non sanno assumersi il rischio organizzativo. Il risultato è la negazione del *management* e l'abbandono delle aziende a se stesse.

In sintesi, i *manager* del servizio sanitario polacco non hanno le competenze per comprendere i fabbisogni del loro *staff* e dei pazienti. Non sanno che cosa sia necessario per un'unità sanitaria, di quale dotazione strutturale ci sia bisogno, ecc. Non sono in grado di pianificare le risorse finanziarie e non si preoccupano di cercare altri

supporti. Non tengono in conto opinioni diverse dalle loro, ma si preoccupano soltanto degli interessi personali e di come trarre profitto dal cambiamento. Si preoccupano poco dell'azienda e se ne occupano come se fosse una funzione cui devono adempiere per un breve periodo di tempo, una palla al piede di cui è possibile sbarazzarsi. Il *management* e l'organizzazione sono «idee estranee ai signori medici e ai *parvenu* che all'interno di organizzazioni pubbliche con risorse e attrezzature pubbliche vendono i loro servizi privatamente».

Bisognerebbe avere, al posto degli attuali *manager* medici, un gruppo di persone che smettano di esercitare direttamente le attività e si occupino effettivamente di gestire i servizi.

4. Discussione

Ad una prima lettura le narrazioni di cui sopra sembrano raccontare tre storie indipendenti. È difficile pensare che possano descrivere lo stesso sistema sanitario e in alcuni casi persino le stesse aziende. Si tratta tuttavia di differenze soltanto apparenti. Il concetto di «*manager* razionale», che informa le definizioni di *management* date dai partecipanti e sulla cui esistenza è stata costruita la teoria del *management* e dell'organizzazione, ricorre in tutte e tre le narrazioni. Ovviamente la sua figura è dominante nel romanzo, dove gioca il ruolo dell'eroe. È però un eroe anche nel poema epico, un eroe che fa uso delle armi della razionalità e dell'oggettività per ingaggiare una battaglia contro le forze dell'interesse personale e dell'inerzia. Infine, è un eroe persino nella tragedia, ma questa volta rappresenta ciò che dovrebbe essere ed è l'opposto di ciò che è; è la forza del bene che solo per il fatto di esistere dimostra come il sistema sia attualmente dominato dalle forze del male.

In breve, il modello del *management* razionale domina le convinzioni dei professionisti della sanità polacchi per ciò che concerne il modo in cui le aziende cui appartengono dovrebbero essere gestite. È questo il modello cui aspirano e che li ha spinti a iscriversi in gran numero ai corsi di formazione. Alla domanda: «Che cosa vi aspettate di imparare dai corsi?», hanno risposto: «a) acquisire specifiche abilità manageriali e b) imparare a governare il cambiamento che interessa il sistema sanitario». In sostanza, essi si aspettano di diventare *manager* nel senso occidentale del termine per cui il *management* è largamente riconducibile alla definizione «fare in modo che le cose vengano fatte attraverso le altre persone». Una volta acquisite le tecniche del *management* razionale e del *management* del cambiamento, essi sono pronti ad assolvere compiti manageriali; attraverso l'esercizio dei compiti manageriali diventano *manager*.

Il modello del *management* razionale è straordinariamente pervasivo. Vi hanno creduto i governi sia di destra, sia di sinistra, a tal punto che dal 1980 la tendenza dominante nel sistema sanitario inglese e nelle organizzazioni del settore pubblico è stata quella della managerializzazione, vale a dire della sostituzione degli amministratori con i *manager* (Pollitt, 1993). Tale modello informa molti dei processi di cambiamento rivolti all'affermazione dell'economia di mercato nell'Europa orientale (Bryant and Mokrzycky, 1994). Il modello è nato all'inizio del secolo negli USA e si è ampiamente diffuso al resto del mondo, insieme all'idea che i *manager*, nel senso americano del termine, siano «una speciale categoria di persone la cui presenza è precondizione perché le altre persone possano svolgere il loro lavoro» (Hofstede, 1994, p. 12). È un sistema di pensiero così penetrante da

dominare la disciplina (popolarissima) del *management* nelle università inglesi. Caratterizza quelle modalità di analisi di tipo strutturalista che hanno sino ad ora regnato senza essere messe in discussione neppure dagli accademici più critici (Thomas and Anthony, 1996).

4.1. La valutazione del percorso formativo da parte dei partecipanti

A conclusione di un corso di 10 giornate un'alta percentuale di partecipanti afferma di conoscere molto meglio il *management* rispetto all'inizio, di essere in grado di applicare le abilità acquisite in una serie di situazioni, e di essere desiderosa di imparare ancora di più. L'apprendimento sarebbe stato migliore se i corsi avessero avuto una durata maggiore e si fosse dedicato più tempo ad ogni tematica.

Ad ogni modo, quando si è chiesto ai partecipanti di definire nuovamente il *management*, e di descrivere come il percorso formativo avesse modificato la loro percezione dello stesso, la risposta dominante è stata: «nessun cambiamento». Ciò a dispetto del fatto che per la maggior parte dei partecipanti i concetti insegnati erano del tutto nuovi. Essi avevano una scarsa conoscenza del *management*, ma erano in grado di dare una definizione molto precisa di ciò che supponevano fosse il *management*. Essi hanno risposto positivamente a corsi di breve durata, che non ne hanno modificato la concezione del *management*, ma che hanno rafforzato la loro convinzione di poter diventare *manager* a tutti gli effetti.

Il fenomeno viene illustrato meglio dai risultati delle discussioni di una serie di *focus group* tenutisi in Polonia durante il processo di valutazione del corso. Uno dei relatori, facendosi portavoce di molti, disse di essere preoccupato dalle aspettative che alcune persone avevano sul corso. Essi «vo-

levano che in otto ore gli venisse fornito un *set* completo di strumenti, una ricetta per risolvere un problema concreto. Hanno una prospettiva di breve termine sulle cose. Ogni questione di più ampio respiro dà loro fastidio. Vogliono solo una cosa: che i problemi siano risolti durante le otto ore».

Tale posizione è emersa più volte nel corso delle interviste effettuate nei sei centri di formazione in Polonia. Gli intervistati erano molto entusiasti dei programmi e desideravano frequentare immediatamente altri corsi. I corsi, sottolineavano, devono essere pratici, non devono trascurare la teoria, ma devono essere fortemente prescrittivi e insegnare alle persone come comportarsi qualora si trovino effettivamente ad assolvere ruoli manageriali. E ciò che in tali casi le persone dovrebbero saper fare è pianificare, organizzare, controllare, ecc.

5. Conclusioni

All'interno di un insieme comparativamente ampio di professionisti della sanità del tutto nuovi allo studio del *management*, esistono già delle convinzioni fortemente radicate di cosa sia il *management*. Pertanto i corsi di formazione vengono apprezzati solo nella misura in cui spiegano alle persone come comportarsi in coerenza al modello che le persone stesse hanno in mente.

L'insegnamento del *management* secondo la dottrina occidentale ha creato l'aspettativa che esista un modello di *management* particolare, altamente razionale e specialistico, che bisogna apprendere e tradurre in pratica. Se non si danno agli studenti linee operative tali da consentire loro di seguire tale modello, potrebbero non ascoltare messaggi alternativi che si intende trasmettere loro.

Pertanto, quando insegniamo il *management* in sanità i nostri studenti

potrebbero imparare qualcosa che mai vorremmo imparassero: come rafforzare gli stereotipi preesistenti.

5.1. Le implicazioni per l'Europa occidentale: la critica all'insegnamento del management

Soltanto a partire dalla metà degli anni '60 sono state istituite in Inghilterra (a Londra e Manchester) le prime *Business School* con il supporto del governo e del mondo imprenditoriale. Il primo MBA ha avuto breve durata, e da allora in poco più di 20 anni gli studi di *management* e *business* si sono rafforzati sino a diventare una delle più importanti materie di studio in Inghilterra.

La disciplina accademica del *management* è ora sottoposta a pungenti critiche sui principi di fondo, e sta nascendo una corrente letteraria fortemente critica, guidata dall'Inghilterra e con la partecipazione degli Stati Uniti che, stimolati dall'esempio inglese, seguono a breve distanza.

Si tratta di una scuola di pensiero che mette in discussione il modo in cui si insegna il *management* nelle nostre università.

Nel 1986 Anthony sosteneva, nel suo *Foundation of Management*, che la formazione manageriale enfatizza gli aspetti pratici del *management* e nel mondo accademico tale enfasi sulla pratica la pratica è un surrogato di basso livello di un duro sforzo di concettualizzazione. Egli sostiene che ciò che viene fatto passare per formazione manageriale «ha successo nel condurre a ritenere che una "discussione critica" sulle questioni dell'autorità morale, del potere e della responsabilità, che sottendono il concetto di legittimazione, sia difficile da raggiungere», ma questo rimane una necessità per i *manager*, perché fuggire e nascondersi non fa altro che proteggere lo *status* del *management*, nel comprensibile

desiderio di evitare un esame che potrebbe rivelare come il re sia nudo.

Anthony è sarcastico nei confronti della letteratura manageriale (sia quella di carattere accademico, sia quella rivolta ai *manager*). «Ha una tradizione molto consolidata... che non chiede ai lettori di pensare (p. 163). Molti testi sono scritti ("In Search of Excellence" di Peters e Waterman) come se il lettore avesse serie deficienze mentali». Ai lettori si promettono due cose: «se seguiranno i consigli gli affari andranno meglio e il mondo, di conseguenza, sarà un posto migliore» (p. 164). Niente di tutto ciò è sostenuto dall'evidenza empirica. Inoltre, gli scritti di *management* sono ancora più pericolosi in quanto portano ad «una perdita di attenzione sulla complessità e sul cambiamento, rinforzati dal desiderio dei fruitori di vedere nel *management* una panacea» (p. 164).

Più recentemente in una serie di *paper* raccolti in un volume a cura di French e Grey (1996), *Rethinking Management Education*, si è criticato il modo in cui il *management* viene insegnato. È importante sottolineare che queste argomentazioni si riferiscono all'istruzione, e all'istruzione universitaria per la precisione, e non alla formazione.

L'argomentazione del libro parte dal presupposto che il *management* sia un'attività di centrale importanza nelle società moderne, e che la formazione manageriale sia un'arena significativa per la produzione del *management*. Pertanto, sarebbe opportuno riflettere attentamente sugli obiettivi che la formazione manageriale si pone. Deve favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie per adempiere concretamente a compiti manageriali, o il suo obiettivo principale è quello della conoscenza fine a se stessa? Se la risposta all'interrogativo fosse la

prima, allora la formazione manageriale dovrebbe essere funzionale al *management*, ma non c'è effettivamente nessuna prova che sia così e, al contrario, molte ricerche critiche suggeriscono che la nostra conoscenza del *management* è imprecisa. Tale posizione sottende la «pretesa che alcune tecniche e abilità siano indiscutibili se si intende aumentare l'efficacia manageriale» piuttosto che favorire «una riflessione sulla complessa e discussa natura del *management* come teoria e pratica». Ma, come Mintzberg (1989, citato in Thomas e Anthony, 1996, p. 279) ha affermato: «abbiamo poche testimonianze del successo delle pratiche di *management*» e «abbiamo molte più informazioni sul fallimento delle nostre tecniche... che non sul successo della loro applicazione». L'altra risposta possibile alla domanda retorica di cui sopra è che gli studi di *management* dovrebbero concepire la conoscenza come un fine in sé e di per sé. Questa seconda alternativa concepisce il *management* come oggetto di studio, al quale potrebbero dedicarsi coloro che non desiderano «fare» *management*. Comunque, come Thomas e Anthony (1996) sostengono, l'educazione manageriale non è mai stata educativa. Essa si è tradotta nella diffusione di abilità piuttosto che di conoscenze di base, e ci sono poche testimonianze del fatto che le abilità, insegnate attraverso l'educazione in generale e l'MBA in particolare, contribuiscano a migliorare la *performance* aziendale. Al più ci sono alcune prove del contrario. Concludono che l'educazione nel senso non uti-

litaristico del termine, quale il perseguimento della conoscenza per se stessa, dovrebbe rimpiazzare l'addestramento al *management*, in quanto l'insegnamento dovrebbe fornire «la comprensione concettuale del cambiamento. Nelle arti o nelle scienze, la base teorica e l'esperienza di discussioni critiche favorisce il perseguimento attivo del cambiamento» (p. 31).

In conclusione, i contributi di questi e altri *paper* del volume di French e Grey portano a concludere che:

— l'educazione nelle istituzioni universitarie è finalizzata all'acquisizione di una conoscenza fine a se stessa, il che porta ad aprire la mente degli studenti e a sviluppare le loro capacità analitiche;

— il *management*, come viene generalmente insegnato nelle istituzioni universitarie, si focalizza sulla trasmissione di abilità, senza badare alla crescita intellettuale degli studenti: usando le parole di Thomas e Anthony «gli studenti di *management* non si abbeverano alla fontana della conoscenza, ma tracannano»;

— inoltre, le abilità insegnate o possono essere facilmente acquisite attraverso l'apprendimento sul campo, o non possono essere applicate perché sono il risultato di una scuola di pensiero dalle vedute piuttosto ristrette: il funzionalismo.

La ricerca effettuata nell'Europa centrale porta a concludere che forse è troppo tardi e che il modello di *management* insegnato nei libri si è ormai affermato a tal punto che gli stu-

denti imparano solo ciò che si aspettano di imparare.

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY P.D. (1986), *The Foundation of Management*, London, Tavistock.
- BARRY D., ELMES M. (1997), *Strategy Retold: Toward a Narrative View of Strategic Discourse*, Academy of Management Review, 22/2, pp. 429-452.
- BRYANT C., G.A. MOKRZYCKI E. (Eds.), *The New Great Transformation: Change and Continuity in East-Central Europe*, London, Routledge.
- COLLINSON D., HEARN J. (1996), «Men at Work»: *Multiple Masculinities/Multiple Workplaces*, In Mac an Ghail, M. (Ed.) (1996) «Understanding Masculinities», Buckingham, Open University Press, pp. 61-76.
- FRENCH R., GREY C. (Eds.) (1996), *Rethinking Management Education*, London, Sage.
- HOFSTEDE G. (1994), *Management Science*, vol. 40, n. 1, January.
- JEFFCUTT P. (1994), *From Interpretation to Representation in Organizational Analysis. Postmodernism, Ethnography and Organizational Symbolism*, Organization Studies, 15/2, pp. 241-274.
- MOORE H.L. (1994), *A Passion for Difference*, Cambridge, Polity Press.
- PHILLIPS N. (1995), *Telling Organizational Tales. On the Role of Narrative Fiction in the Study of Organizations*, Organization Studies, vol. 16, n. 4, pp. 625-649.
- POLLITT C. (1993), *Managerialism and the Public Services*, Oxford, Blackwell.
- REED M. (1989), *The Sociology of Management*, Hemel Hempstead, Harvester.
- SOYDA H. (1996), *Using the Vignette Method in Cross-Cultural Comparisons*, In Hantrais L., Mangen S. (Eds.) «Cross-National Research Methods in the Social Sciences», London, Pinter, pp. 109-119.
- THOMAS A.B., ANTHONY P.D. (1996), *Can Management Education be Educational?*, in French R., Grey C. (Eds.) (1996), pp. 17-35.

MECOSAN

La rivista trimestrale

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

Il sistema sanitario francese

Livio Garattini (a cura di)

KAILASH Editore
Milano, 1998
pagg. 120

(a cura di Claudio Jommi)

I sistemi sanitari presentano un elevato livello di complessità tecnica, sociale ed economica, per cui risultano particolarmente difficoltose sia le analisi di tipo descrittivo, che le valutazioni comparative. Queste ultime possono avere come oggetto: (i) gli obiettivi di fondo del sistema [capacità del sistema di migliorare le condizioni di salute della popolazione (efficacia), cercando di utilizzare al meglio le risorse disponibili (efficienza) e garantendo condizioni di equità di accesso alle prestazioni sanitarie (equità)] e (ii) a specifici aspetti, quali, ad esempio, le politiche di contenimento della spesa sanitaria (definizione di tetti espliciti alla spesa globale o per specifici livelli assistenziali, processi di responsabilizzazione degli «ordinatori di spesa», introduzione di compartecipazioni alla spesa dei cittadini, razionalizzazione di comportamenti prescrittivi in coerenza con percorsi diagnostico-terapeutici, introduzione di forme di razionamento esplicito delle prestazioni garantite da sistemi pubblici).

Gli studi di analisi comparata sono senza dubbio di maggiore interesse rispetto alle monografie sui singoli sistemi, in quanto forniscono spunti di riflessione sull'opportunità o meno di implementare specifiche politiche sanitarie, traendo lezioni dal successo ed insuccesso delle stesse in altri paesi. Tali studi, tuttavia, non dovrebbero prescindere da una conoscenza approfondita dei singoli sistemi, in quanto il livello di trasferibilità di determinate scelte di politica sanitaria da una paese all'altro dipende anche dal grado di omogeneità dei sistemi, almeno dal punto di vista del contesto ideologico di fondo. Rispetto a tale contesto esiste una contrapposizione tra (i) sistemi pubblici, dove la salute viene considerata diritto di tutti ed allo stato viene affidato l'onere di garantire tale diritto indipendente dalle condizioni socio-economiche di ciascun individuo e (ii) sistemi privati, dove la salute viene considerata un bisogno individuale e la malattia comparabile a qualunque altro rischio della vita.

Meno numerosi, ma sicuramente utili per le motivazioni di cui sopra, sono gli studi monografici di tipo descrittivo sui singoli sistemi sanitari. Il merito dei ricercatori del CESAV (Centro di economia sanitaria Angelo ed Angela Valenti) dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, è di aver intrapreso una serie di tale tipologia di studi, a partire dal nostro Servizio sanitario nazionale, che presentano il vantaggio di:

- fornire un quadro esaustivo degli aspetti di fondo di funzionamento dei sistemi sanitari analizzati, senza rinunciare alla sintesi e semplicità di trattazione;
- articolare le diverse monografie sulla base di modelli omogenei di analisi, esplicitando e sottolineando nel contempo le specificità del sistema di volta in volta analizzato.

A tali motivi di interesse, si aggiunge, con riguardo alla presente monografia, la sostanziale assenza di studi italiani (e la diffusione piuttosto limitata di studi a livello internazionale) sul sistema sanitario francese. La scelta di analizzare il sistema francese, dopo quello italiano (pubblicato nel 1992) e inglese (pubblicato nel 1993), è motivata dall'esigenza non solo di coprire tale bisogno informativo, ma anche di illustrare un sistema carat-

terizzato da «notevoli similarità in termini di funzionamento rispetto al sistema sanitario italiano, dovute anche all'affinità socio-culturali dei due Paesi, a cui però si contrappongono profonde differenze sotto il profilo dell'assetto istituzionale».

Lo studio del sistema sanitario francese riflette la struttura delle due precedenti monografie dei ricercatori del CESAV. Il logico punto di partenza dell'analisi è rappresentato dall'assetto istituzionale, con una focalizzazione:

— sui principi ispiratori del sistema: la sanità francese risulta caratterizzata: dal principio di «socializzazione della domanda», secondo cui il finanziamento del sistema sanitario dovrebbe basarsi sulla capacità contributiva di ciascuno e non sui profili di rischio personale; dalla presenza di elementi che forniscono ai diversi agenti del sistema (pazienti, medici, aziende sanitarie) una notevole libertà di azione;

— sul sistema assicurativo sociale, fondato sulla *Sécurité Sociale*, che caratterizza il sistema sanitario francese (nell'ambito dei sistemi sanitari pubblici) come sistema assicurativo pubblico (analogo al sistema sanitario tedesco e contrapposto ai sistemi a servizio sanitario nazionale); alla *Sécurité Sociale* si affiancano, qualificandosi come fonti integrative di finanziamento, altri agenti assicurativi, a scopo e senza scopo di lucro;

— sulle competenze regolatorie dello Stato, che si concretizzano in un'azione di supervisione e controllo dei diversi soggetti coinvolti nel sistema (sistema assicurativo sociale, ospedali pubblici e privati, professionisti sanitari, settore farmaceutico);

— sulla riforma, impostata nel 1995 dall'allora Governo Juppé e fino ad oggi portata avanti nelle sue linee essenziali dalla nuova maggioranza di sinistra, orientata essenzialmente ad un contenimento della spesa sanitaria pubblica attraverso la responsabilizzazione dei diversi operatori sanitari.

Nella seconda parte dello studio vengono analizzati, da un punto di vista qualitativo e con indicatori di tipo quantitativo, i diversi servizi offerti dal sistema sanitario francese: assistenza ospedaliera, caratterizzata da un *mix* pubblico-privato, in cui entrambe le parti svolgono un ruolo rilevante nel sistema; assistenza ambulatoriale (di base e specialistica); assistenza psichiatrica.

Il terzo capitolo è invece dedicato all'analisi degli aspetti finanziari del sistema. Vengono in particolare illustrati:

— il *trend* della spesa sanitaria e la sua composizione funzionale;

— le fonti di finanziamento del sistema, rappresentate principalmente dai contributi versati alla *Sécurité Sociale*;

— il sistema di finanziamento dei principali servizi sanitari (ospedali pubblici e privati, medici ambulatoriali, farmaci) e la relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, compartecipazioni tradizionalmente elevate in Francia;

— le principali misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica.

L'analisi sul sistema sanitario francese si chiude con un sommario confronto tra sistema francese ed italiano, con riferimento all'assetto istituzionale, all'organizzazione dei servizi, ai criteri di finanziamento dei diversi livelli assistenziali.

La monografia dei ricercatori del CESAV è finalizzata, come esplicitamente dichiarato dagli autori, ad una semplice descrizione del sistema sanitario francese. Solo a conclusione dei singoli capitoli vengono brevemente richiamati gli aspetti critici più rilevanti del sistema, a partire dalla contemporanea presenza di principi ispirati al modello sociale presente in tutti i sistemi sanitari europei (e che differenziano tali sistemi da quello americano) e l'esigenza di garantire una sostanziale libertà di scelta al paziente (non è presente in Francia un medico «gate-keeper» in Francia) e al medico. Mancano quindi elementi di valutazione comparata con altri sistemi, ed in particolare una valutazione (di *trend* storico e comparativo) dell'efficacia del sistema sanitario francese. Si sottolinea inoltre come il rischio degli studi di «pura» descrizione dei singoli sistemi (come più in generale di tutti gli studi descritti

tivi) sia quello di fornire elementi di conoscenza che possono risultare in breve tempo superati. Tuttavia il contributo dell'*équipe* di ricerca del Mario Negri è rilevante in termini di (i) conoscenza complessiva ed analitica del sistema (gli elementi basilari di un sistema sanitario subiscono in genere lunghi e parziali processi di cambiamento, a meno di riforme che ne modificano radicalmente l'assetto istituzionale) e (ii) di supporto strumentale necessario per valutazioni comparative tra sistemi sanitari.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

FRANCESCO AMADDEO
PAOLA BONIZZATO
MICHELE TANSSELLA

**Valutare i costi
in psichiatria**

Il Pensiero scientifico editore
Roma, 1998
pagg. 133, L. 20 000

L'assistenza psichiatrica è chiamata, anche nel nostro paese, a misurarsi con la scarsità delle risorse e quindi con la sfida di dar conto dei suoi risultati, migliorando l'organizzazione dei suoi servizi, rivedendo criticamente i propri strumenti concettuali e applicando le sue modalità operative con più rigore e coerenza. Gli autori sottolineano la necessità di una più stretta collaborazione tra cultori di discipline diverse, in particolare tra psichiatria ed economia. Una valutazione economica dei costi in psichiatria che tenga conto delle più recenti indicazioni offerte dalla letteratura specializzata, rappresenta sia un suggerimento metodologico di lavoro per gli operatori del settore, sia una provocazione rivolta agli economisti italiani perché si occupino maggiormente dei problemi specifici di tale funzione assistenziale.

INDICE: PRESENTAZIONE (M. KNAPP) - INTRODUZIONE (F. ROSSI) - ASPETTI GENERALI - IL PROCESSO PRODUTTIVO - LE TECNICHE DI VALUTAZIONE ECONOMICA - LA VALUTAZIONE ECONOMICA IN PSICHIATRIA - I SISTEMI DI FINANZIAMENTO - I COSTI DEI DISTURBI AFFETTIVI - I COSTI DELLA SCHIZOFRENIA - I COSTI DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI - CONCLUSIONI.

In questo libro si tenta di recuperare qualità e valore dell'azione clinica, descrivendone il disagio decisionale quale elemento invariante. Si analizza l'oscillazione del clinico ambulatoriale tra la propria disposizione culturale, cognitiva, tecnico-disciplinare e quella del paziente che gli si rivolge. Si esaminano le dicotomie che il medico percepisce in se stesso, nel paziente e in ciò che fa mentre lavora, si tenta di individuare gli elementi che rendono credibile il racconto del paziente agli occhi e alla mente del medico, giungendo a sostenere che quel disagio decisionale, dichiarato dai medici ed espresso dalla loro variabilità prescrittiva, è generato da una discrepanza tra gli obiettivi della valutazione medica e le istanze realmente poste dai pazienti. Vengono proposti infine strumenti per l'osservazione dell'agire clinico, con indicazioni sui metodi di ricerca e uso delle informazioni.

INDICE: PRAFZIONE - INTRODUZIONE - 1. MEDICINA GENERALE: LA CLINICA DELLE STORIE - L'IMPORTANZA DEL RACCONTARE STORIE IN MEDICINA GENERALE - LE STORIE DELLA MEDICINA GENERALE - LE STORIE DEI MEDICI SUI PAZIENTI - CONCLUSIONI - 2. MALATTIA E SALUTE: ALLA RICERCA DI UNA DEFINIZIONE - I CONTORNI DI UNA CRISI - CRISI DELLA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE? - CRISI DI UN MODELLO DI SPIEGAZIONE SCIENTIFICA? - CONCLUSIONI - 3. LE RAPPRESENTAZIONI MENTALI DI SALUTE E MALATTIA - DOTTORE, SONO VENUTO PERCHÉ... - DALLE RAPPRESENTAZIONI ALLA SOGGETTIVITÀ - LA SOGGETTIVITÀ E LE SUE ESPRESSIONI CORPOREE - UN MODELLO BIOLOGICO DI SPIEGAZIONE DEL SÉ CORPOREO - CONCLUSIONI - 4. I MOTORI LOGICI DEL GIUDIZIO CLINICO IN MEDICINA GENERALE - I PUNTI DI PARTENZA - LE DIFFICOLTÀ DEL RAGIONAMENTO CLINICO - IL DISAGIO DELL'INCERTEZZA - DALLA DIAGNOSI DI PATOLOGIE ALL'INTERPRETAZIONE DI PROBLEMI - LA CLINICA MEDICA E BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA: IL METODO COMPARATIVO OSSERVATIVO - I LIVELLI DI ORGANIZZAZIONE BIOLOGICA DEI VIVENTI - TECNOLOGIE DI COMUNICAZIONE E DI PENSIERO - I SISTEMI DI CONOSCENZA DEL MEDICO - SOVP: STRUMENTI PER UN PENSARE LOGICO - CONCLUSIONI.

SERGIO BERNABÈ
FRANCESCO BENINCASA
GUIDO DANTI

**Il giudizio clinico
in medicina generale**

UTET
Torino, 1998
pagg. 112, L. 29 500

SERENA CASCIOLI

Il sistema informatico
per ASL
e aziende ospedaliere

L'obiettivo del manuale è di fornire agli operatori della sanità sia gli strumenti necessari per una corretta definizione del sistema organizzativo, informativo ed informatico di una struttura complessa, che gli elementi di base per valutare le soluzioni informatiche da adottare tanto a livello di singoli servizi ed unità operative quanto a livello dell'intera struttura, per rispondere adeguatamente, oltre che alle esigenze di tipo locale, a quelle d'integrazione tra le varie unità organizzative. Per agevolarne la consultazione, il testo è articolato, per ciascuna realtà considerata (azienda sanitaria locale ed azienda ospedaliera), nelle varie aree che compongono la struttura nel suo complesso e per ciascuna area sono via via evidenziate l'organizzazione dei servizi, le esigenze di interscambio informativo e informatico e le specifiche funzionali delle procedure più importanti.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. DEFINIZIONE DEL PROGETTO-OBIETTIVO - 2. DEFINIZIONE DEL PIANO ATTUATIVO - 3. REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - PARTE I. L'AZIENDA SANITARIA LOCALE - 1. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO, INFORMATIVO ED INFORMatico NEL SUO COMPLESSO - 2. L'AREA AMMINISTRATIVA - 1. ASPETTI ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI ED INFORMATICI - 2. LE SPECIFICHE FUNZIONALI DELLE PROCEDURE PIÙ SIGNIFICATIVE - 3. L'AREA SANITARIA - 1. ASPETTI ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI ED INFORMATICI - 2. LE SPECIFICHE FUNZIONALI DELLE PROCEDURE PIÙ SIGNIFICATIVE - 4. L'AREA SOCIALE - 1. ASPETTI ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI ED INFORMATICI - 2. LE SPECIFICHE FUNZIONALI DELLE PROCEDURE PIÙ SIGNIFICATIVE - 5. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - 1. ASPETTI ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI ED INFORMATICI - 2. LE SPECIFICHE FUNZIONALI DELLE PROCEDURE PIÙ SIGNIFICATIVE - 6. IL SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE - PARTE II. L'AZIENDA OSPEDALIERA - 1. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO INFORMATIVO E INFORMatico NEL SUO COMPLESSO - 2. L'AREA ECONOMICO-AMMINISTRATIVA - 3. L'AREA ALBERGHIERO-ECONOMALE - 4. L'AREA TECNICA - 5. L'AREA CLINICO-SANITARIA - 1. ASPETTI ORGANIZZATIVI, INFORMATIVI ED INFORMATICI - 2. LE SPECIFICHE FUNZIONALI DELLE PROCEDURE PIÙ SIGNIFICATIVE - 6. IL SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE - CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 139, L. 30 000

Il volume si colloca nel dibattito sull'introduzione della qualità nelle aziende sanitarie. Si cerca di comprendere quale ideologia muova le scelte direzionali e se esse siano fondate su reali criteri di efficacia, analizzando inoltre se alle strutture appartengano i significati propri di un'organizzazione fondata sui contenuti della qualità e se il tipo di gestione derivante sia effettivamente basato sulle norme e sui valori della qualità, sui contenuti di una comunicazione efficiente e efficace, sul concetto di «importanza sostanziale» attribuito alla salute dei singoli e della collettività, sulla strutturazione dei processi lavorativi e di cura basati sulla centralità del cliente, sui comportamenti e sulle relazioni dei gruppi sociali appartenenti al sistema salute. Nello specifico si cerca di capire quanto i capi intermedi possano favorire l'introduzione e lo sviluppo della qualità in ospedali diventati aziende.

INDICE: PRESENTAZIONE (S. ROLFO) - INTRODUZIONE (G.F. CORIO) - 1. AZIENDE SANITARIE E QUALITÀ - 1.1. GLI OSPEDALI NELLA TRANSIZIONE - 1.2. LE AZIENDE OSPEDALIERE - 1.3. QUALITÀ E COMPLESSITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE - 1.4. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE - 1.5. LA MISURA DELLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE FINALE - 2. IL MIDDLE MANAGEMENT - 2.1. IL MIDDLE MANAGEMENT E LE AZIENDE SANITARIE - 2.2. IL MIDDLE MANAGEMENT ED IL MODELLO QUALITÀ - 2.3. FUNZIONI DEL MIDDLE MANAGEMENT NEI PROGRAMMI DI QUALITÀ - 2.4. MIDDLE MANAGEMENT, CULTURA AZIENDALE E VALORI CONDIVISI - 2.5. LO SVILUPPO DI UNA CULTURA DI SERVIZIO - 2.6. CULTURA ORGANIZZATIVA E CULTURA DI CAMBIAMENTO - 3. LA RICERCA - 3.1. LA RICERCA ED IL COMMENTO AI DATI - 3.2. AZIONE E RUOLO DEL MIDDLE MANAGEMENT - 3.3. IL MIDDLE MANAGEMENT E GLI OBIETTIVI DI QUALITÀ - 3.4. ASPETTATIVE DEL MIDDLE MANAGEMENT - 3.5. CONFLITTO DI RUOLO DEL MIDDLE MANAGEMENT - 3.6. IMPEGNI DEL MIDDLE MANAGEMENT NEI CONFRONTI DELLA QUALITÀ - 4. IL MODELLO ORGANIZZATIVO - 5. CONCLUSIONI - 5.1. I CAMBIAMENTI E L'EVOLUZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE - 5.2. IL CAMBIAMENTO QUALITATIVO - 5.3. IL PROCESSO DI INNOVAZIONE PROFESSIONALE ED I CRITERI DI VALUTAZIONE - 5.4. CONCLUSIONI.

GIAN FRANCO CORIO

La qualità
in aziende ospedaliere.
Aspettative e opinioni
del middle managementFrancoAngeli
Milano, 1998
pagg. 174, L. 26 000

FABRIZIO GIUNCO

La visita a domicilio
in medicina generale

UTET
Torino, 1997
pagg. 132, L. 29 000

L'attività domiciliare del medico di famiglia è a tutti gli effetti una specifica attività clinica. Richiede competenze, strumenti e organizzazione. L'autore, da molti anni impegnato nella elaborazione di nuovi contenuti per la medicina generale, rappresenta uno strumento di riflessione e di aggiornamento in tal senso. Ad un'accurata analisi della realtà attuale, con utili riferimenti ad altri paesi europei, segue la proposta di un metodo integrato e completo di gestione di questa importante componente clinico-professionale del medico di medicina generale. Utile sussidio per i medici del corso di formazione specifica, ma anche per ogni medico di famiglia interessato ad avere un elevato standard professionale e per i gruppi di medici che sperimentano nuove forme associative.

INDICE: PRAFAZIONE - 1. OSSERVAZIONI GENERALI - LA VISITA DOMICILIARE IN EUROPA E NEGLI STATI UNITI - LA VISITA DOMICILIARE IN ITALIA - PAZIENTI ANZIANI, MEDICINA GENERALE E ATTIVITÀ DOMICILIARI PROGRAMMATE - NORME E RESPONSABILITÀ - 2. DALL'ORGANIZZAZIONE ALLA RELAZIONE - LE ATTIVITÀ EXTRA AMBULATORIALI - LA COMUNICAZIONE CON I PAZIENTI: IL SISTEMA TELEFONICO - LA BORSA DEL MEDICO - CARTELLA MEDICA E INFORMAZIONI: CARTA E PENNA O COMPUTER? - 3. FRA METODOLOGIA E CLINICA - LA SOLUZIONE TELEFONICA - L'URGENZA INDIFERIBILE - L'EMERGENZA TERRITORIALE - L'URGENZA INAPPROPRIATA - RAGGIUNGERE IL PAZIENTE - INIZIARE LA VISITA - DECIDERE: DALLA DIAGNOSI ALLA PROGNOSI - OLTRE LA CLINICA - LA VALUTAZIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE ANZIANO - I FARMACI - L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO - L'OSSERVAZIONE E IL PROGRAMMA DEI CONTROLLI - IL RICOVERO OSPEDALIERO - IL TRATTAMENTO - IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA: IL NEGOZIATO - L'ASSISTENZA CONTINUA.

Il numero dell'anno 1998 dell'«Osservatorio sulla spesa sanitaria mondiale» è dedicato alla stima delle spese sostenute per l'attività di riabilitazione. Alla necessità di conoscere l'entità delle risorse finanziarie assorbite si contrappone la scarsità e disomogeneità dei dati raccolti a livello di singolo sistema sanitario e l'assenza di lavori sistematici di raffronto internazionali. Il lavoro si pone come un primo e parziale tentativo di colmare questa lacuna. Tentativo che necessita di ulteriore estensione ed approfondimento, infatti una delle ragioni dell'indagine è stata proprio quella di sensibilizzare le istituzioni nazionali ed internazionali nei confronti di un simile metodo di raccolta e classificazione dei dati di spesa.

INDICE: INTRODUZIONE - IL CONCETTO DI RIABILITAZIONE - LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE: UNA BASE INFORMATIVA INSUFFICIENTE - OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA - I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI - CAPITOLO 1. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE IN GERMANIA - 1.1. IL QUADRO ISTITUZIONALE - 1.2. IL NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO DELLE CURE DI RIABILITAZIONE - 1.3. LA SPESA PUBBLICA PER LA RIABILITAZIONE NEGLI ANNI NOVANTA - 1.4. GLI EFFETTI DELLA RIUNIFICAZIONE TEDESCA - 1.5. L'EVOLUZIONE DELL'ATTIVITÀ E DEI COSTI UNITARI DELLA RIABILITAZIONE SANITARIA - 1.6. L'EVOLUZIONE DELL'ATTIVITÀ E DEI COSTI UNITARI DELLA RIABILITAZIONE PROFESSIONALE - 1.7. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - CAPITOLO 2. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE IN BELGIO E LUSSEMBURGO - 2.1. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE IN BELGIO - 2.2. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE IN LUSSEMBURGO - CAPITOLO 3. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE NEGLI STATI UNITI D'AMERICA - 3.1. I PRINCIPALI MUTAMENTI NELLA SPESA SANITARIA AMERICANA PER I SERVIZI POST-ACUZIE - 3.2. LA POPOLAZIONE DISABILE NEGLI STATI UNITI: DATI GENERALI E QUADRO LEGISLATIVO - 3.3. I COSTI E L'ASSICURAZIONE SANITARIA PER I SOGGETTI DISABILI - 3.4. GLI OSPEDALI RIABILITATIVI E PER LUNGODEGENTI: IL QUADRO ISTITUZIONALE - 3.5. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA PER RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA - CAPITOLO 4. LA SPESA PER LA RIABILITAZIONE IN ITALIA - 4.1. LA RIABILITAZIONE NELLA LEGISLAZIONE ITALIANA: IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1994-1996 - 4.2. L'ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE RIABILITATIVE ITALIANE - 4.3. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA PER RIABILITAZIONE - CAPITOLO 5. LA STIMA DELLA SPESA OSPEDALIERA PER RIABILITAZIONE SULLA BASE DI INDICATORI DI STRUTTURA E DI ATTIVITÀ - 5.1. INTRODUZIONE - 5.2. PROXY UTILIZZABILI - 5.3. LA SPESA PER RIABILITAZIONE NEL SISTEMA SVEDESE - 5.4. LA SPESA PER RIABILITAZIONE IN FRANCIA - 5.5. LA SPESA PER RIABILITAZIONE IN ITALIA - 5.6. LA SPESA PER RIABILITAZIONE IN GERMANIA - 5.7. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

COSTANTINO PASSERINO
DARIO VELO
(a cura di)

Osservatorio
sulla spesa sanitaria
mondiale.
La spesa
per la riabilitazione

Consorzio Pavese
per Studi Postuniversitari
Pavia, 1998
pagg. 76, L. 25 000

MARIO MOLteni

**Le misure di performance
nelle aziende non profit
di servizi alla persona**CEDAM
Padova, 1997
pagg. 322, L. 45 000

Nel volume si affronta il tema della misurazione delle performance nelle aziende non profit di servizi alla persona (ANSP), con particolare riferimento alle realtà operanti nell'ambito socio-assistenziale e sanitario. Le peculiari caratteristiche delle aziende esaminate, il vincolo di non distribuzione dell'eventuale risultato positivo della gestione e l'offerta di servizi rivolti al miglioramento dello stato di benessere della persona, rendono particolarmente complessa la valutazione dei risultati. A tale scopo il testo esplicita la logica di progettazione di un sistema di indicatori, sia fisico-tecnici, sia economici, riferiti alla gestione caratteristica, estendendo poi l'analisi alle altre attività svolte all'interno di queste aziende, come il fund raising e la gestione patrimoniale. Infine si discutono le modalità con cui tali misure possono essere utilizzate dalla direzione aziendale.

INDICE: PREFAZIONE - PARTE I. I CONCETTI E I MODELLI DI RIFERIMENTO - CAPITOLO 1. LE AZIENDE NON PROFIT DI SERVIZI ALLA PERSONA (ANSP) E LA MISURAZIONE DEI RISULTATI - CAPITOLO 2. UN MODELLO DI RAPPRESENTAZIONE DELLE ANSP - CAPITOLO 3. IL PROFILO ECONOMICO DELLE ANSP - PARTE II. LE MISURE DI PERFORMANCE - CAPITOLO 4. IL SISTEMA DEGLI INDICATORI - CAPITOLO 5. LA MISURAZIONE DELL'ESITO SUGLI UTENTI - APPENDICE AL CAPITOLO 5: ESEMPI DI QUESTIONARI PER MISURARE LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI - PARTE III. LE IMPLICAZIONI PER LA DIREZIONE AZIENDALE E GLI ENTI EROGATORI - CAPITOLO 6. LE MISURE DI PERFORMANCE PER LA DIREZIONE AZIENDALE - CAPITOLO 7. LE MISURE DI PERFORMANCE PER GLI ENTI EROGATORI.

Questo libro racconta una storia che si svolge in un ospedale che ha fatto della qualità un'occasione di sperimentazione e di vita. L'ospedale di Reggio Emilia è stato uno dei primi in Italia ad introdurre le metodologie del Total Quality nella sua organizzazione, con il «Progetto qualità totale» che è partito in tutti i reparti e settori nei primi anni novanta. Si descrivono gli avvenimenti succedutisi negli ultimi tre anni, con i retroscena, i dubbi, gli errori e i successi di questo periodo, con particolare riguardo alle attività svolte dal Servizio di endoscopia digestiva fino al raggiungimento della certificazione ISO 9001, ottenuta nel 1997.

SOMMARIO: QUALITÀ: LA TERZA ERA DELLA SANITÀ (G. RECCHIA) - INTRODUZIONE - 1. CHE SUCCEDDE A REGGIO EMILIA? - 2. LA COSTITUZIONE DEL GRUPPO GARANZIA DELLA QUALITÀ - 3. LA QUALITÀ PROFESSIONALE E LA QUALITÀ PERCEPITA - 4. L'ALBERO DEI PROCESSI - 5. UN PAZZO SCATENATO - 6. I PRIMI PROBLEMI - 7. I VINI DI QUALITÀ - 8. IL SEMINARIO RESIDENZIALE DI CASTELNOVO NE' MONTI - 9. BISOGNA TOGLIERSI LA POLVERE DI DOSSO - 10. CONDIVIDERE UNA PROCEDURA: CHE FATICA! - 11. LA PROMOZIONE DELL'IMMAGINE E LA CONDIVISIONE INTERNA - 12. L'ETERNA PROMESSA DIVENTERÀ UN FUORICLASSE? - 13. UN ERRORE MADORNALE! - 14. FERMARSI O CONTINUARE? - 15. SI PUÒ FARE UN SALTO DI QUALITÀ SENZA LE PENNE PER SCRIVERE? - 16. IL PROGETTO REGGIO EMILIA - 17. LE DIMISSIONI DI GUIZZARDI - 18. LA PENETRAZIONE NELL'ISO PENSIERO E LE SPECIFICHE DI PRODOTTO - 19. LO STATO DELLE PROVE - 20. I TEMPI SONO CAMBIATI - 21. LA SCELTA DELL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE - 22. IL NUOVO DIRETTORE GENERALE E IL GIALLO DEL LIBRO - 23. IL MARCHIO DI QUALITÀ EUROPEO - 24. SIAMO RIMASTI ORFANI DUE VOLTE - 25. L'ULTIMA GIORNATA DI CONSULENZA - 26. I MOMENTI DI FELICITÀ E QUELLI DI SCONFORTO - 27. È FINITO IL TEMPO DELLA SPERIMENTAZIONE - 28. LA STRETTA FINALE - 29. LA VERIFICA ISPETTIVA PRELIMINARE DEL DET NORSKE VERITAS - 30. FARE BENE LE COSE GIUSTE - 31. LA VERIFICA ISPETTIVA DOCUMENTALE - 32. LA RIUNIONE DELLA SVOLTA - 33. LA VERIFICA ISPETTIVA DELLA CERTIFICAZIONE - 34. UNA REAZIONE A CATENA - 35. LA QUALITÀ E I MEDIA - 36. IL MANTENIMENTO DEL SISTEMA QUALITÀ E LA STORIA INFINITA.

ENRICO RICCI

**Che succede
a Reggio Emilia?
Una storia in un ospedale
che ha fatto
della «qualità»
un'occasione
di sperimentazione e di vita**

FrancoAngeli/Sanità
Milano, 1998
pagg. 238, L. 34 000

IL PERCORSO DEL PAZIENTE

Mariangela Lomastro

L'obiettivo che ci si pone con la presente bibliografia monotematica è quello di dare al lettore dei riferimenti nella letteratura per orientarsi nello studio ed approfondimento di un nuovo strumento di gestione in ambito sanitario, il percorso del paziente.

In Italia sono pochi gli esempi che si possono citare di aziende che hanno cominciato a sperimentare i percorsi del paziente e, di riflesso, sono limitate le stesse citazioni bibliografiche italiane. Al fine di dare al lettore una visione generale dell'argomento trattato si rimanda alle sezioni *Disease Management* e Introduzione al percorso.

Il primo dato fondamentale è che il paziente diventa il punto di riferimento dell'attività sanitaria: tale caratteristica richiama alla mente gli stessi punti cardine della Qualità totale, cioè l'orientamento al cliente, l'integrazione, il processo, il metodo ed il miglioramento continuo. Il soddisfacimento dei bisogni del paziente comporta la mobilitazione di tutte le risorse aziendali, impegnate ad identificare il mutevole fabbisogno del cliente e a migliorare incessantemente tutti i processi operativi aziendali. Tutte le funzioni aziendali sono impegnate ad operare in una logica di servizio nonché ad incrementare il valore del prodotto/servizio reso o al cliente finale (cliente esterno) o agli utenti aziendali (clienti interni). L'integrazione significa dunque cooperazione attiva e consapevole tesa al soddisfacimento del paziente. Il processo diviene il punto di riferimento della qualità: non si focalizza l'attenzione solo sul prodotto/servizio finale, bensì su tutto l'insieme dei processi di trasformazione aziendali, produttivi e non che concorrono a formare il prodotto/servizio stesso. Ne consegue che l'azienda viene ridefinita non più come aggregato di funzioni «indipendenti», ma come un insieme complesso di processi e sottoprocessi (produttivi, informativi, comunicativi) «trasversali» ed interfunzionali. Il metodo, come valore pregnante della qualità totale in azienda, è riconducibile al fatto che tutti i fenomeni (processi e sottoprocessi) sono misurabili, ovvero identificabili e costantemente monitorabili da specifici indicatori di *performance* e del grado di soddisfazione del paziente. Il miglioramento costante, infine, rappresenta l'ideologia di fondo della qualità totale: al miglioramento fanno infatti capo tutti i concetti precedentemente espressi. Per approfondire i temi legati alla qualità in sanità i riferimenti bibliografici sono indicati nella sezione Qualità totale.

Il secondo aspetto rilevante da trattare in materia di percorsi è la gestione per processi: il percorso del paziente non è altro che una sua applicazione concreta. «Gestire per processi» significa avere come riferimento di ogni azione di *management* le attività ed i processi che esse compongono, significa individuare quali sono i processi che risultano critici per la soddisfazione dei fabbisogni del paziente e capire come dovrebbero essere svolti per rispondere adeguatamente a tali fabbisogni. Infine, significa confrontare tali processi con quelli effettivamente svolti in modo da capire quali siano i livelli di efficienza ed efficacia raggiunti per eliminare progressivamente le attività inutili, razionalizzare costantemente i processi che sono critici per la qualità e l'efficienza del servizio e riprogettare lo stesso processo.

Da un punto di vista operativo, un processo è una serie coordinata di attività di lavoro interrelate, ciascuna delle quali è dotata di un *input* ed un *output* predefiniti. Un processo è essenzialmente un metodo per fare delle cose. Lo scopo principale di un processo produttivo è quello di creare da un insieme di *input* uno o più *output* con un valore aggiunto maggiore.

Lo studio del processo diviene, inoltre, la base per riprogettare gli stessi percorsi. Un esempio di riprogettazione è dato dal passaggio da un percorso del paziente gestito in regime ordinario ad un percorso in regime di *day surgery*: il risultato di salute rimane il medesimo, ma l'impatto economico ed organizzativo può essere rilevante.

Uno strumento utile per implementare la gestione per processi è l'*Activity Based Management* (di seguito ABM), ovvero la gestione integrata per attività. Il fondamento principale consiste nel vedere l'azienda come composta da molteplici attività, indipendentemente dall'unità operativa di appartenenza, che variamente combinate tra esse generano le prestazioni. Ciò che cambia completamente è l'oggetto del controllo: la visione per natura dei centri di costo viene integrata da un'analisi per attività e per processi.

L'ABM si basa sulla convinzione che il dirigente non governa il risultato finale bensì le attività, intese come *output* intermedi, che lo determinano. Dato che l'attività è ciò che si fa, controllare l'attività vuol dire capire e controllare ciò che si fa.

La chiave di lettura di tale sistema è costituita dal concetto di attività: le attività sono segmenti o fasi di processi aziendali. Sono insiemi omogenei di compiti svolti per mezzo di risorse. Utilizzando *input* provenienti da fornitori interni o esterni per produrre *output* diretti, a loro volta, a clienti interni o esterni. Le attività vengono così a determinare, attraverso le catene fornitore-cliente dette processi di *business*, una vera e propria rete, l'unica immagine in grado di ben rappresentare i legami tra le diverse unità dell'azienda, le modalità di tali relazioni e le influenze reciproche che si vengono a determinare (vedi figura 1).

Il processo, inteso come una catena orizzontale di attività logicamente orientate verso un *output* finale comune, è la dimensione rilevante nell'ottica della gestione per attività, la quale persegue logiche di miglioramento continuo attraverso l'identificazione delle condizioni migliori di svolgimento delle attività ed il controllo del loro corretto e continuo ricomporsi all'interno dei diversi processi.

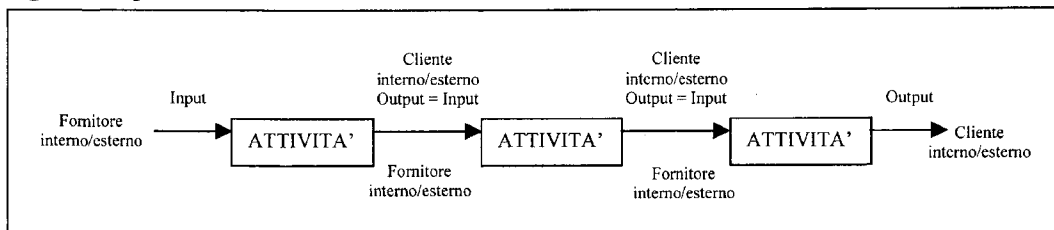
Nelle aziende sanitarie pubbliche, sebbene non esista il corrispettivo diretto per l'erogazione della maggioranza delle prestazioni, e non costituisca fine istituzionale la remunerazione del capitale, il successo dell'organizzazione dipende ugualmente dalla possibilità di generare valore lungo i processi, poiché la capacità di soddisfare gli utenti ne influenza l'afflusso alla struttura, dal quale conseguono livelli elevati di attività e quindi di livelli superiori di finanziamento.

Due concetti fondamentali nella filosofia di *management* ABM sono:

- a) il concetto di valore generato;
- b) il concetto di scambio interno.

Un'attività aggiunge valore se è conforme alle aspettative e alle richieste del cliente, se non è ridondante, se non è duplicata, se non è eliminabile attraverso il ridisegno dei processi.

Figura 1 - Il processo di *business*



L'attività inoltre può essere interpretata come una micro-azienda con possibilità di identificare clienti e fornitori (siano essi interni o esterni all'azienda) ed il valore generato rispetto ad *output* specifici.

L'adozione di una simile filosofia di gestione inciderebbe positivamente anche sui seguenti momenti decisionali:

1) ridisegno dei processi aziendali e miglioramento continuo: l'esame della relazione cliente-fornitore che lega tutte le attività in flussi orientati al cliente finale permette di riconoscere le attività che non generano valore e che rendono quindi il processo lento, complicato, ridondante. Lo studio delle attività è dunque la base per la riprogettazione del processo;

2) riduzione dei costi: la semplificazione dei processi e l'eliminazione delle attività a non valore aggiunto concorre al raggiungimento di questo obiettivo sempre ricercato da ogni organizzazione. Infatti associando i costi alle attività è possibile orientare il risparmio dove è necessario o opportuno, evitando di incidere negativamente sui risultati come accade quando la riduzione della spesa viene condotta in modo indiscriminato, semplicemente tagliando le risorse assegnate alle diverse unità operative;

3) scelta degli investimenti: la scomposizione dell'azienda in processi evidenzia le aree suscettibili di miglioramento sulle quali concentrare gli sforzi e rispetto alle quali valutare l'efficacia di possibili investimenti;

4) governo del fattore tempo: soprattutto in campo sanitario il paziente desidera ottenere nel più breve tempo possibile il servizio richiesto dal momento che fa capo ad un bisogno fondamentale come quello della salute;

5) riorientamento delle responsabilità: gli effetti delle decisioni di un responsabile oltrepassano l'area che gli è gerarchicamente assegnata e pertanto non è possibile prescindere da una responsabilizzazione diffusa verso le *performance* dei singoli casi trattati. Mediante l'analisi dei processi e delle attività si evidenziano le interdipendenze ottenendo gli elementi utili a riorientare il processo di responsabilizzazione non soltanto lungo la linea gerarchica verticale ma sviluppando la dimensione orizzontale.

Per approfondire le tematiche appena trattate si rimanda alla sezione Gestione per processi e ABM.

Assicurare in un moderno ospedale una medicina di alta qualità risulta essere un impegno alquanto difficile in virtù della complessità delle attività che si svolgono. Ad esempio, un presidio ospedaliero «concentra» in un'unica sede una serie complessa di attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che richiedono l'interazione di professionalità diverse ed una complessa dotazione di strumenti tecnologici. L'ospedale inoltre gestisce solo una parte, più o meno importante, dell'assistenza sanitaria di un paziente e necessita di un continuo scambio di informazioni provenienti da episodi extra-ospedalieri (ad esempio una visita effettuata nell'ambulatorio del medico di base).

Per gestire nel migliore dei modi questo sistema articolato occorre ricondurre la complessità organizzativa dell'ospedale e del territorio alla loro unità elementare, ossia il percorso del paziente. Dal punto di vista operativo risulta molto più semplice la descrizione (rilevazione ed analisi) del percorso effettivamente praticato in ambito ospedaliero rispetto al percorso più globale che comprende la gestione del paziente a livello territoriale. Per tale motivo, qui di seguito si farà riferimento al percorso ospedaliero del paziente.

È opportuno dare una definizione di percorso effettivo e di percorso di riferimento.

Il percorso effettivo è l'*iter* che un paziente segue per risolvere un problema di salute.

Ovviamente il percorso non corrisponde ad un singolo episodio di ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale ospedaliera e, tanto più, non si esauriscono all'interno dell'ospedale. Lo studio del «processo produttivo» sanitario relativamente ad una patologia, cioè l'insieme dei servizi e delle prestazioni riferiti ad una specifica domanda di salute, significa attraversare orizzontalmente la struttura ospedaliera per capire dove ed in quale

modo i servizi vengono prestati e quale tipo di rapporto sussiste tra di essi, significa, altresì, ricostruire il percorso del paziente a livello ospedaliero. Per l'analisi del processo appare prioritario, quindi, non solo identificare le singole fasi del processo di produzione, ma soprattutto l'articolazione delle loro interdipendenza e connessione. La patologia diviene una dimensione transfunzionale che taglia orizzontalmente la singola struttura dell'ospedale.

Il percorso di riferimento indica la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente.

A questo punto sarebbe opportuno procedere alla comparazione tra due percorsi alternativi, il primo sperimentato nel passato e ritenuto fino ad allora il procedimento migliore, ed il secondo rappresentante un'ipotesi alternativa (di ulteriore miglioramento di gestione del paziente). Il percorso che emergerà dal confronto verrà nel periodo successivo nuovamente comparato con una ulteriore ipotesi di percorso alternativo, dando così luogo ad una spirale di miglioramento continuo.

Le finalità principale che questo nuovo strumento di gestione propone sono riassumibili nei seguenti punti:

- 1) integrazione aziendale ed integrazione ospedale-territorio;
- 2) possibilità di disporre di uno strumento di valorizzazione dei costi relativi all'assistenza fornita: le aziende possono in tal modo dimostrare i costi sostenuti a fronte di una determinata patologia trattata e, di conseguenza, incidere per modificare o affinare il sistema di tariffe;
- 3) possibilità di integrare i sistemi di valutazione delle unità operative con risultati di tipo sanitario: il percorso prevede dei parametri di ingresso del paziente che devono poi essere confrontati con i parametri di uscita dal percorso stesso;
- 4) possibilità di instaurare un rapporto diverso col paziente: quest'ultimo avrà a disposizione un documento in cui viene spiegato il percorso che dovrà seguire, il tipo di cure a cui sarà sottoposto, etc.;
- 5) con riferimento ai modelli organizzativi, l'opportunità che il confronto tra i percorsi costituisca la base della costruzione dei dipartimenti o delle aree funzionali omogenee.

Al fine di avviare un progetto sui percorsi del paziente occorre, in primo luogo, una fase di studio preliminare in cui si costruisca un sistema di classificazione delle attività svolte (es.: analisi delle schede di dimissione ospedaliera) al fine di stabilire rispetto a quali patologie costruire i percorsi del paziente (es.: numerosità dei casi trattati).

Il secondo passo consiste nel costituire gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali composti da tutte le figure mediche e non coinvolte nel percorso oggetto di studio. Il compito del gruppo è quello di definire il percorso di riferimento del paziente per una determinata patologia, sia attraverso un'analisi storica dei dati sia attraverso la discussione e confronto all'interno del gruppo.

Una volta concordato il percorso ideale di riferimento, diventa altrettanto importante monitorare i percorsi effettivi del paziente: la fase del controllo è la premessa indispensabile per innescare un meccanismo di revisione del percorso di riferimento o di modifica dei comportamenti degli operatori in una logica di miglioramento continuo. Nella bibliografia gli approfondimenti relativi al tema del monitoraggio dei dati sono raccolti nella sezione Strumenti di misurazione dell'outcome sanitario.

Un'ultima annotazione per concludere: i percorsi del paziente, lungi dall'essere uno strumento prescrittivo, sono senza dubbio un investimento di medio-lungo periodo per le aziende sanitarie. Solo nel tempo infatti, possono avvenire quelle modifiche incrementali al percorso stesso, modifiche derivanti a loro volta da un confronto sistematico tra i percorsi di riferimento ed i percorsi realmente seguiti.

Disease Management

CAVALLO M.C., DEL VECCHIO M.

Disease management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche

Mecosan n. 20, pp. 8-16, 1996

CORVARI L., ZARUS S.A.

Disease Management: an overview of this new health care approach
American Druggist, 212, (4): pp. 41-48, 1995

EPSTEIN R., SHERWOOD L.

From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed

Annals of Internal Medicine 124: pp. 832-37, 1996

FROMER L.M.

What Disease Management Really Means: An FP's Perspective
Hospital Practice, 30, (10): pp. 761-762, 19..

LILLEY R. (A CURA DI)

Disease Management
Cedam, Padova 1998

LUMSDON K.

Disease Management: the heat and headaches over retooling patient care create hard labor

Hospital and Health Networks, 69, (7): pp. 34-35, 1995.

MARWICH C.

Another Health Care Idea: Disease Management
JAMA, 8 nov., 274, (18): pp. 1416-1417, 1995

TARLETON LANDIS N.

Disease Management entries multiply, diversify
American Journal of Health-System Pharmacy, 52, (12): p. 1268, pp. 1271-1272, 19..

TERRY K.

Disease Management: Continuous Health-Care Improvement
Business and Health 13, (4): pp. 64-72, 1995

WOODWARD B.W.

Disease Management: Opportunity for pharmaceutical care?
Hospital Pharmacy, 30, (7): p. 596, pp. 599-603, p. 606, 1995

ZALTA E.D., EICHNER H., HENRY M.

Implication of Disease Management in the future of Managed Care
Medical Interface, 7, (12): pp. 66-69, p. 78, 1994

ZITTER M.

Disease Management: a new approach to health care
Medical Interface, 7, (8): pp. 70-72, pp. 75-76, 1994

Introduzione al percorso

AVAGNINA S., BALZOLA F.

Strumenti e tecniche per la rilevazione dei profili di cura standard e per la rilevazione dei dati

Atti del convegno: «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità. Il caso del dipartimento sperimentale di gastroenterologia», Torino, 3 febbraio 1995.
Volume a cura della compagnia San Paolo

AA.VV. PER FONDAZIONE HOECHST

Il percorso diagnostico e terapeutico del paziente, tratto da: Incontro a Bologna il 24-25 ottobre 1995

Nuova Tipografia Compositori, Bologna, settembre 1996

CASATI G. (A CURA DI)

Il percorso del paziente
Egea, Milano, 1998.

COFFEY R. ET AL.

An introduction to critical paths
Quality Management in Health Care, Spring, 1992

FIELD M.J., LOHR K.N., EDITORS

Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program
Washington, DC: National Academy, 1990

KALBHEN J.

Protocols-going down the clinical path
Hospital & Health Networks, 69(19): p. 86, Oct. 5 1995

LEGA F.

Il percorso diagnostico terapeutico
Prospettive sociali e sanitarie, 3: pp. 5-10, 1999

RUTA C.

Atto medico e paziente tra processo patologico e processo produttivo
Economia & Management vol. 16, pp. 69-74, settembre 1990

SPATH P.L.

Clinical paths
American Hospital Publishing, Inc., an American Hospital Association company, USA, 1994

SPATH P.L.

Clinical Paths: Tools for Outcomes Management
Chicago: American Hospital Publishing, 1994

SPATH P.L.

Critical paths: maximizing patient care coordination
Today's OR Nurse 17(2): pp. 13-20, Mar.-Apr. 1995

SPATH P.L.

Beyond clinical paths

American Hospital Publishing, Inc., an American Hospital Association company, USA, 1997

VERME G., ROSINA F., VISCONTI F.

Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico

Mecosan n. 21, pp. 109-118, 1997

KAREN ZANDER

Managing outcomes through collaborative care

American Hospital Publishing, Inc., an American Hospital Association company, USA, 1995

Gestione per processi e ABM

AA.VV.

L'activity based management: principi, tecniche, esperienze

Sinergie, n. 34 (numero monografico), 1994

BERGMAN R.

Re-engineering Health Care. A new management tool aims to transform the organizational processes

Hospital & Healthcare Networks, vol. 68, n. 3, 5 feb. 1994

BRIMSON J.

Activity Accounting

John Wiley & Sons Inc., New York, 1991

BRIMSON J., ANTOS J.

Activity Based Management for Service Industries, Government Entities, and Non-profit organizations

John Wiley & Sons Inc., New York, 1994

CARMICHAEL B.D.

Business Process reengineering: a remedy for health care

Health Care Management Forum, Winter, 1994

CAROLFI I.

ABM can improve quality and control costs

CIMA Magazine, May: pp. 12-16, 1996

LEGA F.

Activity-Based Costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari

Mecosan n. 22, pp. 23-39, 1997

RAFFISH N., TURNEY P.B.B.

CAM - I, Glossary of Activity Based Management

Computer Aided Manufacturing - International, Arlington, Texas, 1991

ROSINA F.

Il controllo di gestione per profili di cura

Atti del convegno: «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità. Il caso del dipartimento sperimentale di gastroenterologia», Torino, 3 febbraio 1995.

Volume a cura della compagnia San Paolo

RUTA C.

Azienda-ospedale: processi produttivi sanitari e rete operativa integrata

Economia & Management, 17: pp. 99-103, 1990

SOMMADOSSI S.

Gestione per attività: teoria profetica o concreta realtà?

Sviluppo & Organizzazione, novembre-dicembre, 1993

TURNEY P.B.B.

La gestione per attività, tit. or. Activity-Based Management

Tradotto da Management Accounting, vol. LXIII, January, n. 7, 1992

ZANENGA P., AMAGLIO A.

Activity Based Management: come realizzare un sistema avanzato di governo dell'impresa

Franco Angeli, Milano, 1994

Qualità totale

BERWICK D.M.

Continuous Improvement as an Ideal in Health Care

N. Eng. J. Med., 320, 1989

BIGELOW B., ARNDT M.

Total Quality Management, fields of dreams?

Health Care Management Review, 1995

BODIO C., CONTI T., MINCUZZI M., STANGHELLINI E.

La qualità. Dal mito alla realtà

Sviluppo e Organizzazione, 155, settembre-ottobre 1989

BROGLIO A., GUERCI S.

Qualità totale

Sviluppo e Organizzazione, 125, maggio-giugno 1991

CROSBY P.B.

La qualità non costa. Gestire la qualità come fonte di profitto

Mc. Graw-Hill, Milano, 1986

DEAN J.M., BOWEN D.E.

Management theory and Total Quality: improving research and practice through theory development

The Academy of management Review, vol. 19, n. 3, July 1994

DONABEDIAN A.

La qualità dell'assistenza sanitaria
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.

DONABEDIAN A.

The Quality of Medical Care
Science, 200, 1978

GALGANO A.

La Qualità totale
Il Sole 24 Ore Società Editoriale Media Economici, Milano, 1990

GALGANO A.

I sette strumenti della qualità totale, manuale operativo
Il Sole 24 Ore Società Editoriale Media Economici, Milano, 1992

GALGANO A.

I sette strumenti manageriali della qualità totale, l'approccio qualitativo ai problemi
Il Sole 24 Ore Società Editoriale Media Economici, Milano, 1994

GAUCHER E.J., COFFEY R.J.

Total quality in healthcare
Jossey-Bass Publisher, 1993

GOONAN K.J.

The Juran Prescription: Clinical Quality Management
San Francisco: Jossey-Bass, p. 122, 1995

JURAN J.M.

Juran on Leadership for Quality
New York City: Free Press, 1989

PERRARO F.

Qualità dell'assistenza sanitaria: il ruolo dei professionisti, dei cittadini e l'influenza del mercato
The Quality, n. 4: pp. 217-223, 1994

PICCOLI I., COLTELLAZZI S., VERGANI A.

La buona sanità
Franco Angeli, Milano, 1995

RUTA C.

Azienda sanità: verso la qualità totale
Harvard Espansione, 53: pp. 112-118, 1991

STEFFEN G.E.

Quality Medical Care. A Definition
JAMA, 260, 1988

TENNE A.R., DE TORO I.J.

Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement
Reading, MA: Addison-Wesley, p. 84, 1992

ZANDER K.

Critical Pathways
In: M.M. Melum and M.K. Sinioris, editors, *Total Quality Management: The Health Care Pioneers* Chicago: American Hospital Publishing, 1992

Strumenti di valutazione dell'outcome sanitario

AA.VV.

DRG e Protocolli diagnostico terapeutici come strumento per la valutazione dei servizi sanitari nel processo di programmazione
Atti del convegno tenuto presso l'Ospedale S. Raffaele il 27 ottobre 1990

BARALDI G., ZANETTI M.

La valutazione del «prodotto» dell'ospedale
Gli Ospedali della Vita, n. 1, pp. 134-142, 1988

BORGONOV E., SAVAZZI C. (A CURA DI)

Ethics and efficiency in the modern state are they in conflict? Proceedings of 2 international conference on public services ethics, Siena 9-11 giugno 1992
EGEA, Milano, 1989

BORGONOV E.

La sanità tra responsabilità di gestione e misurazione dei risultati
Scienza dell'Amministrazione, n. 2, pp. 115-125, 1996

BRENNA A.

Efficienza, efficacia e rendimento dei servizi sanitari
Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 19, p. 19, 1990

BROOK R.H., LOHR K.N.

Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-crossing Research
Med. Care n. 23, 1985

BROOKS R.G.

Health Status Measurement: A Perspective on Change
MacMillan Press Ltd, London, 1995

CAVALLO F., TRAVERSA G., PIERGENTILI P., RENGÀ G.

Qualità ed efficacia dei servizi sanitari
Franco Angeli, Milano, 1988

CHARLTON B.

The Evolution of Efficiency. Random Reflections on Health Services
Abingdon Burgess & Son, 1973

DONABEDIAN A.

Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Vol. II: The Criteria and Standards of Quality
Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982

- DONABEDIAN A.
La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990
- GALASSI G.
Misurazioni differenziali, misurazioni globali e decisioni d'azienda
Giuffrè, Milano, 197.
- HOLLAND W.W. (A CURA DI)
La valutazione dell'assistenza sanitaria. Teorie, metodi, applicazioni
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985
- JENKINSON C. (A CURA DI)
Measuring Health and Medical Outcomes
UCL Press, London, 1994
- MOSCONI P., LIBERATI A.
Il giudizio del paziente negli studi valutativi e di efficacia
R&P, n. 29, 1989
- MUSARO G., BALMA R., BONDONIO P., CAMPANA C., CIRAVEGNA C., CLERICO G., ET AL.
Sanità e risorse: un sistema di indicatori
Franco Angeli, Milano, 1988
- PALMER H.
Origins and Development of Health Care Evaluation. Atti del seminario «La valutazione della qualità: una nuova frontiera del sistema sanitario italiano»
Fondazione Smith Kline, Milano, 1987
- PALMER H.
La valutazione degli interventi sanitari
Ricerca & Pratica, Il Pensiero Scientifico Editore, n. 21, maggio-giugno 1988
- PALMER R.H.
Efficienza gestionale e principi base per valutare la qualità dell'assistenza
QA, n. 2, 1990
- PERRARO F.
Verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche in Italia
QA, n. 1, 1988
- PERRARO F.
Verifica e revisione della qualità dell'assistenza
Sanare Infirmos, giugno 1993
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA
L'informazione per la valutazione dell'attività ospedaliera
Atti del convegno tenuto a Bologna dal 20 al 30 ottobre 1988
- RUBIN H.M.D.
Patient evaluations of hospital care: a review of the literature
Medical Care n. 28 (supplemento n. 9): pp. S3-S10, 1990
- SCHYVE P.M.
Outcomes as performance measures
In: «Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care», vol. 1, Issues. Rockville, MD: U.S. Department of Public Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Mar. 1995
- SPATH P.L.
The evolution of medical effectiveness and outcomes management initiatives
In: P. Spath ed., «Medical Effectiveness and Outcomes Management: Issues, Methods and Case Studies», Chicago: American Hospital Publishing, pp. 3-7, 1996
- SPOONER S.H., YOCKEY P.S.
Assessing clinical path effectiveness: a model for evaluation
Nursing Case Management, n. 1(4): pp. 188-98, Sep.-Oct. 1996
- WARE J.E., HAYS R.D.
Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters
Medical Care n. 26(4): pp. 393-402, Apr. 1988
- WILKIN D., HALLAM L., DOGGETT M.
Measures of need and outcomes for primary health care
Oxford University Press, 1992

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

SISK J.E.

Increased Competition and the Quality of Health Care
The Milbank Quarterly, 76 (4): 687-708, 1998

HITH R.A.

Consumer information and competition between non profit and for profit nursing homes
Journal of Health Economics, 18 (2): 219-241, 1999

KEELER E.B., MELNICK G., ZWANZIGER J.

The changing effects of competition on non profit and for profit hospital pricing behaviour
Journal of Health Economics, 18 (1): 68-86, 1999

MADDEN C.W.

Excess Capacity: Markets, Regulation, and Values
Health Services Research, 33 (6): 1651-1668, 1999

VINING A.R., GLOBERMAN S.

Contracting out health care services: a conceptual framework
Health Policy, 46 (2): 77-96, 1999

Sistemi di finanziamento

DONZELLI A.

Una prima valutazione degli effetti del pagamento a tariffa degli erogatori, dopo i primi anni di implementazione, il pagamento a tariffa ha fallito la maggior parte degli obiettivi dichiarati (prima parte)
ASI, 17: 3-17, 1999

HELLINGER F.J.

Cost and Financing of Care for Persons with HIV Disease
Health Care Financing Review, 19 (3): 5-18, 1999

CONVISER R., GAMLIEL S., HONBERG L.

Health-Based Payment for HIV/Aids in Medicaid Managed Care Programs
Health Care Financing Review, 19 (3): 63-82, 1999

CUCCURULLO C., VENDRAMINI E.

Modelli di finanziamento regionali in sanità, strategie per il territorio e medicina di base
Prospettive Sociali e Sanitarie, 29 (6): 1-5, 1999

DUDLEY R.A., MILLER R.H.

The Impact of Financial Incentives on Quality of Health Care
The Milbank Quarterly, 76 (4): 649-686, 1998

APPLEBY J.

Government funding of the UK national health Service: what does the historical record reveal?
Journal of Health Services Research and Policy, 4 (2): 79-89, 1999

Economia del farmaco

FATTORE G., JOMMI C.

The new pharmaceutical policy in Italy
Health Policy 46 (1): 1-74, 1999.

CROMWELL D.M., BASS E.B., STEINBERG E.P. ET AL.

Can Restrictions on Reimbursement for Anti-Ulcer Drugs Decrease Medicaid Pharmacy Costs Without Increasing Hospitalisations?
Health Services Research 33 (6): 1593-1610, 1999

COMBEAU D., LOMBRIL P., BRION F.

Analyse de la consommation médicamenteuse par GHM dans un hôpital pédiatrique
Journal d'économie Médicale 17 (1): 37-46, 1999

Valutazione economica delle attività sanitarie

FITZPATRICK R.

Assessment of quality of life as an outcome: finding measurements that reflects individuals' priorities

Quality in Health Care, 8 (1): 1-3, 1999

RUTA D.A., GARRATT A.M., RUSSELL I.T.

Patient centred assessment of quality of life for patients with four common conditions

Quality in Health Care, 8 (1): 22-29, 1999

SCHOLTE OP REIMER, DE HAAN R.J., RIJNDERS P.T., LIMBURG M., VAN DEN BOS G.A.M.

Unmet care demands as perceived by stroke patients: deficits in health care?

Quality in Health Care, 8 (1): 30-35, 1999

SAINT S., VEENSTRA D.L., SULLIVAN S.D.

The Use of Meta-Analysis in Cost-Effectiveness Analysis: Issues and Recommendations

PharmacoEconomics, 15 (1): 1-8, 1999

BALA M.V., MAUSKOPF J.A., WOOD L.L.

Willingness to Pay as a Measure of Health Benefits

PharmacoEconomics, 15 (1): 9-18, 1999

LAURIER C., LACHAINE J., DUCHARME M.

Economic Evaluation of Antibacterials in the Treatment of Acute sinusitis

PharmacoEconomics, 15 (1): 97-133, 1999

BRAZIER J., DEVERILL M.

A Checklist for Judging Preference-based Measures of Health Related Quality of Life: Learning from Psychometrics

Health Economics 8 (1): 1-8, 1999

SORUM P.C.

Measuring Patient Preferences by Willingness to Pay to Avoid: The Case of Acute Otitis Media

Medical Decision Making, 19 (1): 27-37, 1999

SUTTON A., JONES D., ABRAMS K., SHELDON T., SONG F.

Systematic reviews and meta analysis: a structured review of the methodological literature

Journal of Health Services Research and Policy, 4 (1): 49-55, 1999

JACOBS P., FASSBENDER K.

The Measurement of Indirect Costs in the Health Economic Evaluation Literature: A Review

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 14 (4): 799-808, 1999

Analisi dei sistemi sanitari

KANAVOS P., MOSSIALOS E.

International comparisons of health care expenditure: what we know and what we do not know

Journal of Health Services Research and Policy, 4 (2): 79-89, 1999

BALDUZZI R.

La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme

Sanità Pubblica, 2: 161-172, 1999

BRANCA M.

L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale

Sanità Pubblica, 2: 173-186, 1999

CARPANI G.

Rapporti tra ministero della sanità, regioni ed agenzia per i servizi sanitari nella legge delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime riflessioni generali

Sanità Pubblica, 2: 197-206, 1999

RAFTI V.

Il processo di aziendalizzazione nella sanità attraverso le riforme

Sanità Pubblica, 2: 305-320, 1999

SMITH R.

The NHS: possibilities for the endgame. Think more about reducing expectations

British Medical Journal, 318: 209-210, 1999

Programmazione e organizzazione del lavoro

GALLO C.E.

La dirigenza e il personale del servizio sanitario nazionale

Sanità Pubblica, 2: 207-220, 1999

Atto di indirizzo del Comitato di Settore della dirigenza

ASI, 17: 18-20, 1999

PAGNONI G.

Riflessioni sulla normativa concorsuale nelle aziende sanitarie

Sanità Pubblica, 1: 45-54, 1999

Il testo del nuovo codice deontologico degli infermieri

ASI, 17: 27-28, 1999

MARTIN V.

Working together to develop health services managers

Journal of Management in Medicine, 13 (1): 41-50, 1999

INGRAM H., DESOMBRE T.

Teamwork in health care: lessons from the literature and from good practice around the world

Journal of Management in Medicine, 13 (1): 51-58, 1999

Contratto nazionale collettivo di lavoro relativo al comparto sanità per l'anno 1998-2001

L'infermiere, 2: 48-65, 1999

WAI CHI TAI T., ROBINSON C.D.

Reducing staff turnover: A case study o Dialysis Facilities

Health Care Management Review, 23 (4): 21-42, 1998

KOCHER C., KUMAR K., SUBRAMANIAN R.

Physician-Hospital Integration Strategies: Impact on Physician Involvement in Hospital Governance

Health Care Management Review, 23 (3): 38-47, 1998

Controllo di gestione e sistemi informativi

SEIFERT M.L., HEFFLER S.K., DONHAM C.S.

Hospital, Employment, and Price Indicators for Health Care Industry: Third Quarter 1997

Health Care Financing Review, 19 (3): 151-164, 1999

CUCCURULLO C., VENDRAMINI E.

L'evoluzione dei modelli di budget per i MMG

Prospettive Sociali e Sanitarie, 29 (7): 3-5, 1999

MAJEED A., MALCOM L.

Unified budgets for primary care groups

British Medical Journal, 318 (20 Marzo): 772-775, 1999

SMITH P.C.

Setting Budgets for general practice in the new NHS

British Medical Journal, 318 (20 Marzo): 776-778, 1999

Altro

CACCIA L.

L'euro ed il sistema sanitario nazionale: l'autonomia a livello territoriale

Sanità Pubblica, 1: 21-32, 1999

D.P.R. 23 luglio 1998. Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

Sanità Pubblica, 1: 107-138, 1999

BRENNAN T.A.

The Role of Regulation in Quality Improvement

The Milbank Quarterly, 76 (4): 709-732, 1998

STREET A., CARR-HILL R., POSNETT J.

Is Hospital Performance related to expenditure on management?

Journal of Health Services Research and Policy, 4 (1): 16-26, 1999

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A. A. 1997-1998. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Maria Caterina Cavallo

LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA NELLE AZIENDE SANITARIE. ANALISI DI CASI

di Mariagrazia Ardissonne

Inserite nell'ampio quadro di riforma del SSN, principalmente nel contesto del D. L.vo 502/92 istitutivo del principio di aziendalizzazione in ambito sanitario, le aziende sanitarie si trovano nella condizione di fronteggiare le sopravvenute necessità tramite una pianificazione dell'azione aziendale che sia strutturata strategicamente. La partecipazione proattiva delle aziende sanitarie al cambiamento in atto vede quale variabile critica la complessità relazionale con l'ambiente e le Regioni, principali attori in esso operanti.

Dall'analisi condotta su un campione di dieci ASL distribuite in otto regioni italiane si evince che, indipendentemente dalle difformi realtà regionali, la stesura di documenti di pianificazione strategica è interpretabile quasi esclusivamente come una risposta ad una imposizione di legge, sia essa il Piano sanitario regionale o gli indirizzi espressi dalla conferenza dei Sindaci.

I piani, orientati principalmente all'interno dell'organizzazione, redatti mantenendo fede alla logica *top-down* e secondo un orizzonte temporale di tre anni, si configurano nella maggior parte dei casi come linee guida con programmi e previsioni di spesa.

L'analisi ambientale interna all'azienda si focalizza sullo studio delle capacità economico-finanziarie, sulle dotazioni quali-quantitative di personale e sul profilo del bacino d'utenza a fronte di una scarsa attenzione riservata allo studio dei sistemi informativi, alla cultura organizzativa, alla dotazione infrastrutturale e alla capacità di lavoro di gruppo.

Nell'ambito dell'analisi dell'ambiente esterno all'azienda assume un peso rilevante l'analisi della domanda, corredata in un discreto numero di casi dallo studio dell'ambiente sanitario, intendendo con quest'ultimo il complesso dei fattori normativi-legislativi nazionali regionali e gli aspetti epidemiologici che delineano il profilo d'intervento futuro dell'azienda. Poco approfondita l'analisi della concorrenza, a meno dell'indicazione del differenziale tra la mobilità in entrata ed in uscita a livello regionale quale indice di costo, e pressoché inesistenti strumenti *ad hoc* (es. costruzione di scenari) e considerazioni sull'ambiente generale, agevoli ipotesi per la costruzione di uno quadro ambientale, laddove utilizzati.

Per quanto concerne la formulazione di strategie a supporto dell'agire aziendale, assumono rilevanza prioritaria, nell'ambito della strategie direzionali, la definizione degli obiettivi (qualitativi) supportata dalla definizione dei valori e della immagine futura in un discreto numero di casi mentre si rivela insistente la presentazione della missione dell'azienda

sanitaria. La filosofia organizzativa e l'immagine aziendale rimangono definite implicitamente.

Le strategie adattive, la cui funzione risiede nel suggerire come l'azienda debba espandere, diminuire o stabilizzare le proprie attività, prendono forma solo in termini di riduzione e penetrazione e gli indici di contrazione si riconducono al numero di posti letto e alla dotazione organica.

Le strategie operative vengono delineate con particolare riferimento a variabili quali l'organizzazione (analisi dei livelli di dipartimentalizzazione, del *reengineering* di diagnosi e terapie, riconversione rete ospedaliera e sviluppo *day surgery* e *day hospital*), il personale (formazione e consolidamento) e l'assetto finanziario (definizione di piani di investimento, predisposizione di schede di *budget*). Dalle verifiche empiriche effettuate si è riscontrato, inoltre, che non esistono specifiche strategie di riduzione dei costi ma, anzi, il contenimento della spesa nelle aziende sanitarie diviene un obiettivo e non una strategia. Presenti in pochi casi considerazioni sulla logistica, sui sistemi informativi e quasi assenti variabili quali la qualità, l'apparato amministrativo ed i rapporti esterni all'azienda.

Relegate a *latere* di una esaustiva articolazione delle suddette strategie si trovano le strategie di entrata e di posizionamento, esplicitate mediante la creazione di nuove entità (accordi di programma, consorzi, etc.) o, in un caso isolato, la formazione di *joint venture*. Fortemente carenti strategie di sviluppo e cooperazione interaziendale, con conseguente assenza di sinergie.

Se all'urgenza derivante all'introduzione di processi di aziendalizzazione si affianca la delicata situazione economico-finanziaria delle ASL, orientate principalmente al ripiano dei disavanzi delle gestioni pregresse e ad una costante riduzione dei costi, è intuibile che servirà del tempo prima che uno strumento quale la pianificazione, che richiede buone capacità di osservazione ma anche un orientamento prospettico e previsivo, venga completamente recepito dalle aziende sanitarie. Probabilmente, nel medio-lungo periodo quando il management avrà fatto proprie le logiche sottostanti il piano strategico, le aziende sanitarie, incamminate sulla strada dell'aziendalizzazione, saranno in grado di recepire e far proprio il ruolo «strategico» che uno strumento quale la pianificazione porta con sé.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A. A. 1997-1998. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Federica Bandini

STIMOLI INNOVATIVI NEI CONTRATTI DELLA SANITÀ

di Elisabetta Limonta

Il processo di revisione giuridica del pubblico impiego, giunge ad un momento decisivo con l'approvazione del D.L.vo 29/93 (modificato dai successivi decreti e ultimo, dalle riforme Bassanini). Attraverso il D.L.vo 29/93 il governo ha adottato regole che incidono in maniera sensibile sull'organizzazione e sugli strumenti di gestione delle amministrazioni e nella regolazione dei rapporti di lavoro del settore pubblico, con l'obiettivo di:

- accrescere l'efficienza nelle amministrazioni;
- razionalizzare il costo del lavoro pubblico;
- favorire nella contrattazione collettiva un'autentica dialettica tra la parte sindacale e la parte «aziendale».

Per poter avviare tale processo occorre individuare delle linee concrete di cambiamento che permettano un effettivo sviluppo della cultura gestionale nella pubblica amministrazione. Un processo di tale portata coinvolge necessariamente tutto il personale, anche quello dirigenziale, per cui la gestione del personale diventa il sistema operativo più critico e trova nella valutazione del personale lo strumento necessario per decisioni di carattere retributivo e, più in generale, di organizzazione del personale. La fase di valutazione deve es-

sere coerente con la successiva fase di ricompensa al fine di impostare un equo rapporto tra i contributi richiesti e gli incentivi riconosciuti. È proprio in questa direzione, (cioè nella necessità di introdurre sistemi di valutazione e di ricompensa del personale) che si sono orientate le scelte compiute sia nel testo del D.L. vo 29/93, sia nei CCNL del comparto sanità e infine nei contratti decentrati (approvati in ciascuna delle aziende sanitarie).

Analizzando il contenuto del contratto aziendale e dalle interviste rivolte ai dirigenti che hanno partecipato alla fase della contrattazione aziendale emerge questa considerazione: le aziende sanitarie e in particolar modo il personale, stanno vivendo una fase di transizione caratterizzata dall'aumento dell'autonomia lasciata al vertice delle aziende sanitarie. I tre contratti nazionali (quello dell'area dirigenziale medica, quello dell'area dirigenziale non medica, e del comparto) concedono ampio spazio nella gestione e nella organizzazione del personale. Conseguentemente, ogni azienda sta agendo autonomamente, attenendosi solo alle linee guida indicate dai CCNL.

Questo processo di trasformazione non è certo privo di ombre e i problemi riscontrati sono legati alla:

- scarsità delle risorse finanziarie a disposizione delle aziende sanitarie;
- difficoltà nel valutare e nell'accettare di essere valutati (l'applicazione dei meccanismi della Retribuzione di posizione);
- difficoltà ad istituire un meccanismo di incentivazione economica (l'applicazione dei meccanismi della Retribuzione di risultato);
- necessità di un cambiamento di cultura.

Per quanto concerne il primo problema, l'obiezione che spesso viene sollevata dai dirigenti aziendali è relativa non solo alla ristrettezza del Fondo posizione o del Fondo risultato, ma anche alla logica dei medesimi, che appare fortemente limitativa delle potenzialità della struttura retributiva.

Infatti, essendo la logica dei fondi ancorata a situazioni storiche, non permette di focalizzare l'attenzione sui processi di innovazione e cambiamento sviluppati dai direttori generali, soprattutto laddove si eredita una situazione di scarsità di fondi.

Ad esempio l'ammontare della Retribuzione di posizione è dato dalla somma delle risorse destinate per il 1993 ad una serie di indennità integrative, indicate specificatamente dal CCNL. Anche l'ammontare della Retribuzione di risultato è dato dalla somma accantonata nei fondi sub I e sub II per l'anno 1993. Le risorse che le aziende hanno a disposizione per gli anni 1997 e 1998 dipendono quindi dalle risorse «consumate» e che possedevano nell'anno 1993, quando ancora la logica aziendale e di razionalizzazione dei costi non era presa in considerazione. È necessario superare la logica dei fondi chiusi e rigidi e, attraverso meccanismi più flessibili da un lato e la contrattazione integrativa dall'altro, rendere possibile la costituzione di fondi che dovrebbero essere comunque collegati al numero di dirigenti e alle attività che l'azienda sanitaria deve erogare. Se, infatti, due aziende hanno il medesimo numero di dirigenti e devono garantire gli stessi servizi, perché devono avere dei fondi di retribuzione da distribuire al personale dirigente di ammontare diverso?

Le aziende USL e ospedali devono «partire dallo stesso punto di partenza». Solo in questo modo è possibile anche valutare le scelte compiute dalla direzione aziendale.

Un'altra difficoltà riscontrata dal vertice aziendale, è stata proprio l'ostilità di fondo da parte di dirigenti, ad accettare la responsabilità di valutare e di essere valutati. La valutazione è stata interpretata dai dirigenti più come un mezzo per dare giudizi negativi, che non come strumento per rafforzare la collaborazione tra i componenti. È quindi necessario introdurre e diffondere una mentalità che consideri la valutazione come uno strumento necessario per individuare, ad esempio, i punti di debolezza di una certa unità operativa, i motivi per cui una U.O. non attrae risorse e le modalità per superare le problematiche incontrate.

Difficoltà sono state riscontrate anche nell'applicazione dei meccanismi di incentivazione economica, che rappresentano la parte variabile della retribuzione. Essa dovrebbe assumere un ruolo rilevante, poiché fattore che incentiva i comportamenti coerenti con quelli desiderati dal vertice aziendale, e dovrebbe essere fortemente discriminante, cioè collegata al raggiungimento di obiettivi negoziati tra direzione e dirigenti. Inoltre la corresponsione della retribuzione di risultato deve sempre avvenire sulla base di riscontri oggettivi, cioè sulla base di certificazione di effettivo raggiungimento dei risultati concordati.

Tale meccanismo retributivo risulta però ancora rigido nel pubblico impiego e l'incidenza media della quota variabile sul totale della retribuzione si aggira intorno all'1,5%. Tale risultato è conseguente anche allo spostamento di quote dal Fondo risultato al Fondo posizione, reso obbligatorio per alcune aziende, al fine di garantire i livelli minimi della Retribuzione di posizione. A questo dato si deve aggiungere il fatto che poche aziende hanno variabilizzato (cioè distribuito il fondo a fronte del raggiungimento dell'obiettivo concordato) l'intero ammontare del Fondo risultato.

La logica della Retribuzione di risultato poggia comunque sulla programmazione e utilizza il *budget* come sistema di governo. Dalle interviste emerge comunque l'estrema difficoltà ad implementare il meccanismo di *budget* e più in generale un processo di programmazione aziendale.

Tutti gli intervistati considerano il *budget* uno «strumento necessario», «efficiente e pratico» ma di difficile applicazione. Innanzitutto la formulazione degli obiettivi. In alcune aziende sono state necessarie numerose riunioni e colloqui con i responsabili delle U.O. per capire quali obiettivi si sarebbero potuti assegnare. Conseguenza di questo fatto è il ritardo con cui si rendono noti gli obiettivi al personale coinvolto. Un'altra difficoltà, legata al processo di *budget*, è la possibilità che si manifestino problemi esterni imprevedibili che portino ad innalzare il livello dei costi senza che il vertice aziendale li possa controllare.

In conclusione: la trasformazione in atto sarà possibile solo se sarà accompagnata da un cambiamento di mentalità nella dirigenza. Il vero cambiamento non si ha quando cambiano le norme, ma se e quando cambiano le persone. È una illusione però pensare che le persone abituate a comportarsi in certi modi possano cambiare il loro comportamento se prima non cambiano le regole, i valori di riferimento della realtà in cui operano, i criteri di valutazione del loro operato. E tale processo deve essere vissuto, soprattutto da parte della dirigenza, come opportunità da cogliere per riconquistare un ruolo adeguato ed attivo che li renda pienamente partecipi del cambiamento.

Dall'analisi dei contratti aziendali si delineano due diversi modi di agire: chi ha accettato la «sfida» dei contratti cercando di introdurre tutti quei cambiamenti che gli erano consentiti e che riteneva necessari, considerando il proprio contesto di partenza; chi invece, di fronte alla difficoltà di attuazione e alla complessità del contratto stesso (ad esempio il numero degli articoli e dei commi per articolo dà immediatamente l'idea di un contratto non semplice e forse troppo laborioso) non lo ha considerato potenziale strumento per cambiamenti effettivi. Anzi ha confrontato quanto è costato, in termini di ore di lavoro, il raggiungimento dell'accordo aziendale, con i benefici immediati avuti (ad esempio un aumento della qualità dei servizi erogati), concludendo che i primi (i costi) erano superiori ai secondi. Questi due modi di affrontare i cambiamenti in corso hanno in ogni caso trovato le medesime difficoltà e gli stessi problemi. La diversità sta proprio nello spirito di azione, nella convinzione di fondo e, di conseguenza, nelle scelte che si stanno facendo, con le loro ripercussioni e i loro effetti che si manifesteranno comunque in futuro.

Il prevalere di uno dei due comportamenti dipende, in larga misura, dalle scelte e dalle convinzioni del vertice aziendale che ha il dovere di dare chiare indicazioni e segnali di cambiamento al personale. Un altro fattore che può influenzare il prevalere di uno dei due atteggiamenti è il rapporto esistente con le organizzazioni sindacali. Un rapporto caratteriz-

zato da conflittualità tra le parti ostacola, rallentando e rendendo problematica l'attuazione del contratto. Un rapporto di collaborazione può favorire una applicazione convinta e motivata. Anche la preparazione dei dirigenti di II livello, la loro disponibilità ad una formazione per l'applicazione dei nuovi istituti retributivi possono contribuire all'applicazione del contratto.

Costo dell'abbonamento per l'anno 1999: L. 330.000 (euro 170,43)

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura dell'1% (unoperceto) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SUPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SUPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1999 è fissato in:

L. 330.000 (euro 170,43) per l'abbonamento ordinario
L. 500.000 (euro 258,23) per l'abbonamento sostenitore

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 90.000 - euro 46,48).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

Il prezzo dell'abbonamento 1999 per l'estero è fissato come segue: euro 170,43 per l'Europa unita; \$ 300 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) L. 250.000 - euro 129,11
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) L. 280.000 - euro 144,61

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 1.300.500 (euro 671,65), anziché L. 1.530.000 (euro 790,18), e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.