

Esperienze innovative

Sezione 3^a

UN'ANALISI CLINICA E ECONOMICA DELLA DAY SURGERY: L'AZIENDA OSPEDALIERA «SAN CARLO BORROMEO» DI MILANO

Valerio Berta, Carlo Montaperto, Maria Teresa Scarpa

Azienda Ospedaliera «Ospedale San Carlo Borromeo» Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il contesto: l'azienda ospedaliera San Carlo Borromeo - 3. Materiali e metodi - 4. Risultati - 5. Discussione e conclusioni.

1. Introduzione

L'evoluzione tecnologica incide significativamente sui percorsi diagnostici e terapeutici di molte patologie, influenzando anche le indicazioni agli interventi medici e, di conseguenza, la composizione epidemiologica dell'utenza di riferimento. Ciò appare particolarmente evidente nell'ambito chirurgico, dove i progressi della ricerca farmacologica, la messa a punto di nuove tecniche operatorie e di modelli assistenziali innovativi hanno determinato, tra l'altro, la possibilità di migliorare la qualità delle prestazioni e di portare in sala operatoria pazienti sempre più anziani (Società italiana anestesia, 1997). In questo contesto e tenendo presente la necessità di contenere l'aumento dei costi per l'assistenza sanitaria assume importanza il fatto che una consistente parte dei candidati a interventi chirurgici potrebbe essere trattata in regime di ricovero diurno.

La definizione di attività chirurgica diurna fa riferimento a diverse terminologie: *ambulatory surgery*, *day surgery*, *same day surgery*, *one day surgery*, *office-based ambulatory surgery*, *office-based surgery*. Il problema terminologico non è di secondaria importanza, soprattutto al fine di classificare il numero e l'aumento

progressivo delle prestazioni che avvengono al di fuori del ricovero ordinario. Le Società scientifiche internazionali hanno codificato la casistica, stabilendo criteri per il riferimento alla degenza ordinaria, piuttosto che al *day surgery* (con o senza notte di ricovero). Negli USA, nell'ultimo decennio, l'aumento del *day surgery* è stato di tipo esponenziale, arrivando al 14% di tutti gli interventi eseguiti in regime ordinario (Joint Commission, 1994).

A livello internazionale, nonostante il diffuso impulso verso questa modalità di ricovero, la situazione è estremamente varia e dipende anche da politiche e strategie gestionali locali. In Italia le normative nazionali e regionali sono già relativamente numerose e dettagliate. Una prima regolamentazione è avvenuta col D.P.R. 20 ottobre 1992, «Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attività dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali», che stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni a carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportano la necessità di ricovero ordinario. Disposizioni e direttive nazionali e regionali, successivamente emanate, hanno via via specificato gli ambiti, la terminologia e le caratteristiche gestionali proprie della

chirurgia a ciclo diurno fino ad arrivare, nel gennaio 2001, alla «Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno». Il documento è stato elaborato dalla Commissione di studio sulla *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale istituita con decreto ministeriale del 12 settembre 2000 e costituisce il nucleo di un decreto in corso di elaborazione. La *day surgery* viene chiaramente differenziata dalla chirurgia ambulatoriale ed è definita come modalità assistenziale caratterizzata dalla «possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale». La potenzialità di pernottamento successivo all'intervento è finalizzata anche ad ampliare il mercato di riferimento, includendo nella *day surgery* interventi e pazienti a più elevato rischio di complicanze o di bisogni assistenziali e logistici post-operatori.

Lo stesso documento ha ulteriormente codificato i modelli organizzativi:

- unità autonome dedicate;
- unità integrate;
- posti letto dedicati;

stabilendo per ciascuno dei quali le procedure attuabili e i requisiti minimi (strutturali, tecnologici, organizzativi) (box 1).

Se correttamente recepita dalle Aziende sanitarie, questa classificazione permetterà di effettuare comparazioni di carattere clinico, economico e gestionale confrontando categorie omogenee di eventi. Il riordino organizzativo e normativo del settore potrà così aggiungere valore alla valutazione delle attività, facilitando anche il trasferimento delle esperienze acquisite presso Aziende diverse.

2. Il contesto: l'azienda ospedaliera San Carlo Borromeo

Fin dal momento della costituzione dell'Azienda il raggiungimento dell'equilibrio economico è stato posto come obiettivo prioritario, da conseguire attraverso l'attuazione di piani strategici orientati alla riduzione del disavanzo, alla riduzione dei costi e alla riqualificazione dell'attività. L'impegno si è quindi concretizzato in azioni mirate al riassetto organizzativo delle degenze, all'aumento del peso delle patologie trattate, alla diversificazione specialistica, al consolidamento della pianificazione strategica, programmazione e controllo di gestione. Sono stati istituiti i Dipartimenti e realizzate strutture di supporto ai percorsi clinici riguardanti il trattamento delle patologie acute, con particolare attenzione a quelle caratterizzate da un «peso» più elevato (1).

In tale contesto si inserisce il programma di potenziamento dell'«Ospedale di Giorno», inteso come strumento in grado di rispondere alla domanda di assistenza sanitaria in modo altrettanto efficace, ma più effi-

ciente, rispetto alla degenza ordinaria. Infatti i maggiori costi di degenza ordinaria sono, in buona parte, imputabili all'assistenza medico-infermieristica, che viene parzialmente sostituita dalle cure parentali al proprio domicilio, con significativo gradimento da parte della popolazione, e, nei casi a maggiore impegno, da una struttura di home care. L'impatto di riduzione dei costi può estendersi ad un sistema più ampio dell'Azienda sanitaria considerando la riduzione di assenza lavorativa per malattia, dato questo di significativa valenza sociale.

L'attività chirurgica «di giorno» è stata oggetto di un progetto aziendale mirato, che si è concretizzato attraverso l'attuazione dei seguenti provvedimenti:

1) istituzione ed attivazione, con opportune delibere, di una Unità operativa di *day surgery* autonoma ed interdipartimentale, con possibilità di elevato ciclo produttivo (grafico 1);

2) riaccorpamento e riorganizzazione di posti letto di varie U.o. di chirurgia.

L'aumento della rilevanza diagnostico-terapeutica della patologia trat-

Box 1 - Modelli organizzativi previsti per la *day surgery*

Unità autonoma dedicata

Struttura mono o multidisciplinare, indipendente dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale, dotata di sale operatorie e di spazi di degenza esclusivamente dedicati alla *day surgery*.

Tali unità possono essere:

- *struttura dedicata*, posta all'interno di istituti di ricovero pubblici o privati;
- *Free standing on campus*, padiglione all'interno di un complesso ospedaliero, collegato con percorsi dedicati;
- *Free standing off campus*, esterne a strutture di ricovero e non collegate ad un presidio ospedaliero da percorsi dedicati.

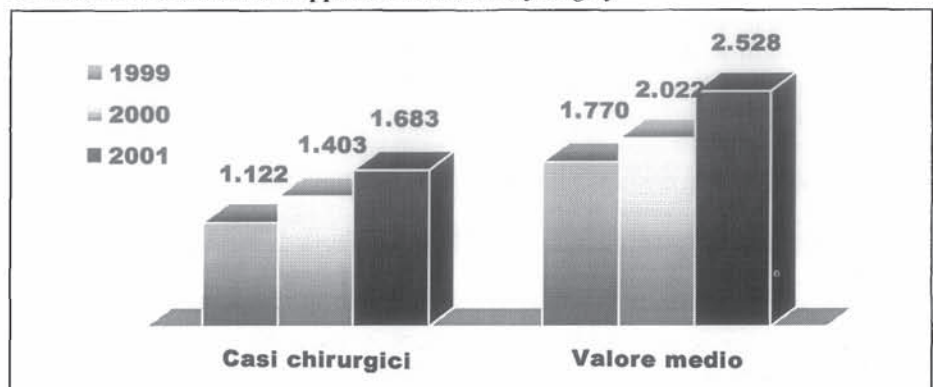
Unità integrate

Unità mono o multidisciplinari presenti esclusivamente all'interno di strutture di ricovero pubbliche o private, intese, ai sensi del D.L.vo. 229/99, quali articolazioni di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento).

Posti letto dedicati

Presenza di posti letto dedicati alle attività di *day surgery* all'interno di unità di degenza ordinaria, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

Grafico 1 - Previsione di sviluppo dell'attività di *day surgery*



tata in regime di *day surgery* avrebbe dovuto portare, come conseguenza, al dirottamento verso il trattamento diurno di pazienti affetti da patologie risolubili mediante intervento non seguito da degenza ordinaria.

La sintetica descrizione di questo modello operativo e gestionale non può essere scissa da una breve panoramica storica, associata alla descrizione dell'ambiente culturale e del contesto lavorativo.

Il periodo di gestazione della *day surgery* è stato particolarmente lungo e ricco di ostacoli. L'idea e la proposta pratica nacquero nel 1990-1991 con l'istituzione dei «moduli» cui, all'epoca, ben pochi dettero peso, identificandoli solo per il loro valore economico, nel contesto di una mera erogazione di benefici previsti dal CCNL della dirigenza medica. Soltanto tra il '93 ed il '95, venne autorizzata l'effettuazione di sperimentazioni operative della chirurgia in *day surgery*, in periodi di tempo limitati e con letti dedicati all'interno della normale corsia di degenza. Nonostante i buoni risultati ottenuti dal punto di vista clinico, il clima culturale, nell'area chirurgica, era di assoluta tolleranza e di lieve derisione, con totale mancanza di un impegno culturale volto allo studio del problema.

I promotori del progetto ritenevano importante valutare l'innovazione clinica e organizzativa in atto anche dal punto di vista economico e gestionale e proposero a più riprese di studiare il problema per impostare metodi di analisi e monitoraggio dei risultati mirati a studiarne l'impatto a livello aziendale. Tale esigenza non era però condivisa dai responsabili medici e amministrativi coinvolti, per i quali la questione non meritava di essere approfondita oltre un livello molto elementare di analisi limitabile alla mera quantificazione dei costi alberghieri cessanti in assenza di degenza notturna

pre e post operatoria. Nonostante le difficoltà e le resistenze incontrate un cambiamento organizzativo dotato di forte impatto dal punto di vista dell'atteggiamento culturale era stato comunque realizzato e un primo importante risultato poteva considerarsi consolidato: la dimissione precoce o precocissima era possibile pur conservando inalterata, o addirittura migliorando, la qualità della prestazione. Una risposta decisamente positiva e incoraggiante ci venne invece dai pazienti, che cominciarono a richiedere in modo pressante questo tipo di trattamento.

Solo nel 1998 si impose la necessità aziendale e regionale di una netta riduzione dei letti destinati alle chirurgie, quindi gli amministratori pensarono alla *day surgery*, su cui ricevevano periodiche e puntuali relazioni, come valvola di sfogo per far fronte ad un eventuale allungamento delle liste di attesa e alle conseguenti proteste dei diversi chirurghi.

Grazie alla volontà ed alla determinazioni di pochissimi, fu quindi costituita l'unità autonoma di *day surgery* all'inizio del novembre '98, dotata di 8 posti letto, di personale infermieristico autonomo e di una sola sala operatoria settimanale dedicata.

Sotto il profilo gestionale fu subito considerato indispensabile privilegiare il concetto di unitarietà del processo organizzativo, gestionale e clinico, con degli obiettivi prioritari:

- realizzazione di diagnosi e cura tempestiva, basata su percorsi privilegiati e protocollazione delle attività;
- riduzione dei tempi di attesa per l'intervento;
- contenimento dei costi;
- dimissione il giorno stesso dell'intervento, con massima tutela di paziente ed operatore;
- soddisfazione completa del «cliente» (paziente-operatori-Azienda sanitaria).

Il nostro concetto di base era legato ad un approccio globale del sistema *day surgery* per migliorare qualità, affidabilità, sicurezza, disponibilità, economicità, ecc. al fine di assicurare la soddisfazione finale del paziente che sostanzialmente si può concretizzare con la possibilità di dimissione entro poche ore. Il regolamento operativo, immediatamente predisposto, fu condiviso e firmato senza particolari difficoltà, ma anche senza particolare entusiasmo, da tutti i primari delle U.o. afferenti al servizio.

Nel frattempo diventava più consistente la collaborazione con l'ufficio programmazione e controllo di gestione, inizialmente finalizzata soprattutto alla progettazione e alla successiva implementazione di un flusso informativo sui dati di attività adeguato alle esigenze della programmazione e del controllo dei costi.

Nello stesso anno e nell'unica sala operatoria settimanale a disposizione, vennero operati 352 pazienti, con una bassa conversione dalle degenze, ma con un flusso direttamente legato alle richieste specifiche dei pazienti esterni. A questi si aggiunsero 644 casi di diagnostica invasiva urologica (che negli anni successivi venne fortemente limitata per un problema di appropriatezza della prestazione) e 650 pazienti ginecologiche, gestite in *day surgery* relativamente alle fasi pre e post operatorie, ma operate nelle sale operatorie della ginecologia.

Contemporaneamente si verificò, da parte della Regione Lombardia, una notevole attenzione all'esperienza in corso, così che fu possibile aderire al «Progetto ministeriale per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (legge 662/96, art. 1, comma 34 e 34-bis)».

L'anno 2000 si aprì quindi con prospettive incoraggianti e, da subito, fu possibile contare sull'appoggio di una società privata, che ci consentì di re-

perire gli anestesisti e gli infermieri occorrenti al potenziamento delle sale operatorie. Dal gennaio 2000 alla *day surgery*, che continuava a condividere con la U.o. di ginecologia la gestione delle due sale ginecologiche, furono assegnate con regolarità 3 sale operatorie alla settimana. Si avviò pure un originale modello di assistenza domiciliare per i pazienti a maggiore complessità clinica. La realizzazione di queste innovazioni richiese un numero molto elevato di riunioni che produssero e perfezionarono tutti i protocolli operativi sia intraospedalieri che domiciliari. Fu inoltre importante garantire un'attività di supporto e consulenza ai chirurghi utilizzatori del servizio, per garantire la diffusione e la comprensione dei protocolli e delle procedure e per effettuare le correzioni operative *just in time*.

Verso la fine dello stesso anno, soprattutto da parte dell'ufficio programmazione e controllo di gestione, vennero presi in considerazione e studiati i diversi indicatori di qualità introdotti sin dalla prima stesura del regolamento (1998) e poi perfezionati strada facendo.

In particolare: l'ufficio programmazione controllo di gestione, che dal 1999 aveva attuato un processo di budgeting basato sul «Balanced Scorecard» (Baraldi S., Montaperto C., 2000), attivò una dimensione qualitativa e di sviluppo che prevedeva tra l'altro indicatori di *performance* volti a orientare il travaso dalla degenza ordinaria all'attività di *day hospital*. Tra questi fu data particolare importanza all'attività di *day surgery*, che, nella programmazione strategica operata, aveva lo scopo di decongestionare l'attività della degenza ordinaria sottraendo patologie a basso peso e riqualificando il tipo di patologia stessa orientandosi verso patologie a maggiore peso. L'attuazione del sistema BSC — *balanced score card* — orien-

ta i soggetti a sviluppare un approccio manageriale e comportamenti virtuosi, premiando il raggiungimento degli obiettivi attraverso la retribuzione di risultato. Tra questi l'attività di *day surgery* rivestiva un peso rilevante.

Dall'inizio del 2001 le sale operatorie dedicate sono aumentate a sei alla settimana, e all'unità di *day surgery* venne affidata anche gestione dell'attività interventistica diurna di ginecologia.

L'autonomia gestionale è stata fondamentale per agevolare lo sviluppo dell'attività e il livello di attenzione da parte dell'amministrazione è stato mediamente alto, fortemente mediato ed alimentato dall'attività di pianificazione strategica svolta dall'U.o. programmazione e controllo di gestione.

La collaborazione da parte dei chirurghi ha continuato ad essere molto tiepida e superficiale, richiedendo, da parte del personale medico ed infermieristico dedicato alla *day surgery*, una significativa e diuturna attività di controllo ed un intervento continuo e capillare in tutte le fasi di gestione del paziente per non determinare la caduta della qualità della prestazione. La positività dei risultati clinici e gestionali è quindi tale solo se viene considerata dopo l'applicazione dei fattori di correzione attuati dal personale dedicato della *day surgery*.

Un fondamentale argomento di studio per il prossimo futuro è l'analisi e la correzione questi meccanismi culturali di rifiuto, nonostante la forte richiesta da parte della popolazione e dei medici di medicina generale, che è, ad oggi, l'elemento determinante della conversione verso il *day surgery*.

Ciò diventa particolarmente importante in previsione dell'imminente introduzione del pernottamento, dell'ampliamento ulteriore degli spazi operatori e del conseguente previsto

aumento sia della consistenza numerica che della consistenza qualitativa della casistica.

Il presente studio si propone di verificare l'effettivo raggiungimento delle finalità sopra definite e, in particolare, di documentare che:

— l'unità dedicata ha saputo gestire in maniera efficiente il *case-mix* di patologie preventivamente definite;

— il trasferimento di patologie al *day surgery* ha migliorato l'efficienza della degenza ordinaria.

Si intende inoltre porre le basi per valutare la possibilità di trasferimento ad altre realtà del modello organizzativo e dell'esperienza acquisita.

3. Materiali e metodi

Nel novembre 1998 è stata istituita un'unità dedicata, autonoma dal punto di vista organizzativo e gestionale, inserita nel Dipartimento di chirurgia, ma destinata a svolgere attività interdipartimentale in collaborazione con tutte le specialità chirurgiche presenti in ospedale. Contemporaneamente è stata avviata una ridistribuzione dei posti letto dell'intera area chirurgica, con riduzione complessiva degli stessi in percentuale di poco inferiore al 17% (tabella 1).

Analisi dei costi

Il piano dei centri di costo prevede la costituzione di centri di responsabilità a cui fanno capo diversi centri di costo basati su una logica principalmente di tipo organizzativo.

Sono stati individuati i seguenti centri di responsabilità: unità di *day surgery*, chirurgia generale 1°, chirurgia generale 2°, chirurgia generale 3°, chirurgia vascolare, chirurgia ortopedica traumatologica. Sono stati comparati i costi di produzione per unità di peso di Drg e per paziente tra l'unità di *day surgery*, che non ha oneri di de-

Tabella 1 - Distribuzione dei posti letto

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO			
DIVISIONI	1998	2000	VARIAZIONE %
DIVISIONI CHIRURGICHE	160	104	- 35%
UROLOGIA	31	31	0%
VASCOLARE	20	20	0%
GINECOLOGIA OST.	40	40	0%
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA	32	40	25%
TOTALE	283	235	- 16,96%

genza ordinaria e, tra le unità operative citate, in regime di ricovero ordinario.

Calcolo dei costi

Per ogni centro di responsabilità sono stati rilevati i costi diretti ed indiretti secondo la tecnica di contabilità analitica emanata come linea guida regionale su specifiche KPMG (Sperimentazione Milano - KPMG Consulting, 1999). Tale tecnica prevede l'attribuzione di costi diretti in quanto direttamente attribuibili al centro di costo richiedente e di costi indiretti in quanto costi attribuibili in base ad una tecnica basata su «driver» di ribaltamento. Nella tabella 2 sono elencate le tipologie di costo, la loro classificazione e l'eventuale *driver*.

Alcune tipologie di costi diretti sono state trattate come i costi indiretti a causa dell'«immaturità» dei sistemi alimentanti la contabilità. Esempio tipico è il costo del personale medico: nel sistema dei centri di responsabilità (che prevedono centri di costo subalterni come: direzione costi comuni, degenza ordinaria, *day hospital*, ambulatorio, laboratorio ecc.), appare essere indiviso ed attribuito interamente ai costi comuni. I costi indiretti sono stati ripartiti in funzione dei *driver* elencati nella tabella 2.

Per i servizi diagnostici si è provveduto a trasferire i costi delle prestazioni sanitarie in funzione del *transfer*

price a costo *standard*, desumendolo dal tariffario regionale in vigore. Si è scelta la politica del *transfer price* a costo *standard* onde evitare di trasferire efficienza o inefficienza ai reparti richiedenti (Casati G., 1996).

Per peso Drg si intende il sistema di pesatura isorisorse espresso dal sistema Drg-HCFA 14. Pertanto il costo di produzione per unità di peso è definito da:

$$\Sigma \text{costi} / \Sigma \text{peso Drg}$$

Box 2 - Progetto ministeriale per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge 662/96 - *day surgery*

I PRINCIPALI OBIETTIVI posti alla *day surgery* sono:

- la presa in carico di patologia altrimenti destinata alla degenza tradizionale, con conseguente miglioramento dell'assistenza ai pazienti con patologie più impegnative, che trovano nella degenza ordinaria una struttura maggiormente dedicata;
- la riduzione delle liste di attesa;
- le facilitazioni psico-sociali dei pazienti e delle loro famiglie;
- la razionalizzazione e il contenimento dei costi.

Le CARATTERISTICHE ESSENZIALI richieste alla *day surgery* sono state:

- la massima efficienza;
- il contenimento dei tempi di attesa e di gestione dei pazienti;
- il contenimento dei costi;
- la bassissima percentuale di complicanze (0,2-0,5%);
- l'alto *turnover*;
- e l'umanizzazione dei rapporti.

In particolare sono stati fortemente sottolineati quegli indicatori che ci avrebbero consentito di rilevare una riduzione dei costi medi delle prestazioni ed un miglioramento dei tempi di attesa a fronte di aumento delle prestazioni.

Il processo di MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ si è imperniato sullo sviluppo di:

- una metodologia di assistenza domiciliare modulata sulle necessità cliniche del paziente
- e sulla realizzazione di una metodologia della comunicazione tra paziente — *day surgery* — medico di famiglia.

Il costo di produzione per paziente è definito da:

$$\Sigma \text{costi} / \Sigma \text{numero dei pazienti}$$

entrambi calcolati per ogni centro di responsabilità (corrispondenti ciascuno a singole U.O. di chirurgia).

Procedure di *day surgery*

Nel 1999, l'Azienda ha aderito al progetto ministeriale per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge 662/96 - *day surgery*, i cui tratti qualificanti trovano sostanziale corrispondenza nelle linee di politica aziendale. Il progetto prevede l'aumento di peso delle prestazioni, l'applicazione dei principi di umanizzazione, il miglioramento continuo dell'efficienza, la minima incidenza di complicanze e di anomalie nei «percorsi», il miglioramento della continuità assistenziale e la maggior

Tabella 2 - Tipologia dei costi, classificazione e driver

Costi diretti	
Costi del personale	<ul style="list-style-type: none"> - personale medico - personale dirigente sanitario - personale infermieristico - personale sanitario tecnico - personale tecnico - personale amministrativo - personale professionale - personale comandato - personale universitario - borsisti - valorizzazione ferie non godute - scambi di personale con altri cdc
Altri costi del personale	
Materiale sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - farmaci - materiale protesico - presidi medico-chirurgici - sangue ed emoderivati - materiale diagnostico, di laboratorio e di radiologia - materiale per dialisi - altro materiale sanitario
Materiale non sanitario	
Prestazioni di servizi sanitari	
Libera professione	
<ul style="list-style-type: none"> - ricoveri - prestazioni ambulatoriali 	
Servizi	<ul style="list-style-type: none"> - ristorazione - lavanderia - pulizia - smaltimento rifiuti - riscaldamento - vigilanza - trasporto infermi - assistenza religiosa - altri servizi
Manutenzioni	<ul style="list-style-type: none"> Manutenzione fabbricati Manutenzione attrezzature sanitarie Manutenzione altri beni
Ammortamenti	<ul style="list-style-type: none"> - ammortamenti attrezzature sanitarie - ammortamento fabbricati - ammort. altre immobilizzazioni materiali - ammort. altre immobilizzazioni immateriali
Altri costi	<ul style="list-style-type: none"> - noleggi e leasing - spese amministrative direzione - consulenze direzionali - assicurazioni - oneri diversi di gestione - accantonamento fondi - oneri finanziari - oneri straordinari - imposte

integrazione coi medici di medicina generale (box 2).

I destinatari del servizio di *day surgery* sono i pazienti domiciliati nel territorio di Milano, preferibilmente nell'area sanitario-geografica in cui opera l'ospedale, in cura presso le diverse divisioni chirurgiche e portatori di patologie ben codificate e predeterminate, proponibili per un trattamento in *day surgery*.

All'unità di chirurgia di giorno afferiscono le 3 divisioni di chirurgia generale, la chirurgia ortopedico-traumatologica, la chirurgia urologica, la chirurgia vascolare e la chirurgia ostetrico-ginecologica; mentre i servizi di supporto diagnostico sono biochimica, immunoematologia, cardiologia e radiologia.

Il supporto fornito da un'azienda specializzata nel settore dei servizi sanitari permette di potenziare l'attività di sala operatoria e di sviluppare l'assistenza domiciliare, che era richiesta nel progetto ministeriale e che ha il significato di migliorare la qualità della prestazione e di sviluppare il concetto di continuità delle cure, permettendo e migliorando l'integrazione tra ospedale e medici di medicina generale.

La collaborazione tra attori diversi ha potuto realizzarsi grazie all'esplorazione e alla piena condivisione delle linee di condotta da seguire per il corretto svolgimento del lavoro. Sono state codificate le patologie da trattare e definiti i percorsi dei pazienti, nonché tutte le modalità operative generali e specifiche relative alle fasi pre e post operatorie, alla fase di dimissione e all'eventuale assistenza domiciliare. Sono stati specificati i principi di organizzazione del lavoro medico e infermieristico, le qualifiche e le responsabilità professionali, le modalità di reperibilità, di raccolta della documentazione clinica, i protocolli di ammissione/selezione dei pa-

Segue tabella 2 - Tipologia dei costi, classificazione e driver

Costi indiretti	Driver
Visite a parere	a transfer price
Trasferimenti	a costo gg. degenza per U.O. ospitante
Servizi diagnostico-terapeutici	
- allergologia	a transfer price
- anatomia patologica	a transfer price
- centro trasfusionale	a transfer price
- dialisi	a transfer price
- emodinamica	a transfer price
- endoscopia digestiva	a transfer price
- laboratorio analisi	a transfer price
- laboratorio immunoematologia	a transfer price
- neurofisiopatologia	a transfer price
- fisiopatologia respiratoria	a transfer price
- radiologia	a transfer price
- servizio fisioterapia	a transfer price
- medicina nucleare	a transfer price
- pronto soccorso e astanteria	a transfer price
- servizio cardiologico	a transfer price
- altri	a transfer price
Servizi di supporto sanitari	
- disinfezione	n. interventi valorizzati a costo medio
- farmacia	n. di scarichi a magazzino
- poliambulatorio	% di assorbimento del servizio
- sala operatoria	n. sale operatorie valorizzate a costo medio
- servizio necroscopico	n. decessi
- sterilizzazione	cicli di sterilizzazione valorizzati a costo medio
Servizi alberghieri	
- assistenza religiosa	gg. degenza
- centrale termica ed elettrica	mq.
- centralino e utenze telefoniche	n. dipendenti
- cucina e mensa	n. pasti erogati valorizzati a costo medio
- CUP	n. prenotazioni registrate
- guardaroba	n. dipendenti
- lavanderia	gg. degenza
- pulizie	mq.
- raccolta rifiuti	attribuzione diretta (tossici)-gg. degenza (ordinari)
- accettazione ricoveri	n. ricoveri
- trasporti	gg. degenza

zienti, di cura e di dimissione, con garanzia di continuità delle cure, gestione delle complicanze e delle emergenze, modalità di verifica dei servizi erogati sia all'interno che all'esterno dell'ospedale.

L'iter del paziente in *day surgery* inizia sostanzialmente con l'accettazione di una specifica «scheda di ammissione e consenso», che riporta i da-

ti anagrafici completi, la diagnosi, l'intervento proposto, i tempi operatori previsti, il tipo di anestesia, una sintesi anamnestica e la firma di consenso del paziente e del chirurgo. Questo modulo è fondamentale per attivare la verifica di appropriatezza della prestazione, facendo riferimento alla lista delle patologie comprese nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali

e alla lista delle patologie proponibili per il *day surgery*, da noi realizzata in base alle indicazioni nazionali e delle diverse società scientifiche (box 3). L'indice di appropriatezza è espresso da:

$$\Sigma \text{ casi appropriati} / \Sigma \text{ casi inviati}$$

Per «caso appropriato» si intende un paziente la cui patologia sia prevista nell'elenco delle patologie riconosciute come proprie della *day surgery*, anche in base allo studio sul *day surgery* effettuato dalla Commissione ministeriale, e il cui stato clinico sia compatibile per una possibile dimissione precoce.

Una volta che i pazienti sono stati inseriti nella lista di attesa si deve sviluppare un rigoroso processo di programmazione delle attività che porta a stabilire i successivi accessi ospedalieri (box 4) e gli eventuali ulteriori controlli domiciliari.

L'analisi di appropriatezza ed il primo accesso devono avvenire sempre secondo le modalità concordate e sono momenti fondamentali per decidere l'iter successivo. Infatti, superati i vari filtri di ammissione e verificati gli esami eseguiti, visita anestesiológica, ecc., viene da subito stabilita e confermata la data dell'intervento, che corrisponde al 2° accesso. Contestualmente viene definito il piano operativo domiciliare, che riguarda i casi più complessi, assistiti da personale medico e infermieristico esterno all'ospedale con griglie di intervento predeterminate, sia dal punto di vista clinico che da quello economico e quotidianamente verificate. Dopo la dimissione i pazienti vengono sottoposti a *follow-up* telefonico a 24 e 48 ore (registrati in cartella per l'analisi qualitativa delle prestazioni) e si predispone un 3° accesso per controllo ambulatoriale.

La responsabilità clinica dei pazienti, anche durante la fase domiciliare della *day surgery*, è affidata alla di-

Box 3 - Verifica di appropriatezza della prestazione

Il medico e l'infermiere di *day surgery*, con compiti e ruoli diversi, verificano la scheda di ammissione, analizzando in particolare:

- che la patologia proposta sia nell'elenco delle patologie e delle procedure selezionate e concordate per il *day surgery*;
- che la patologia proposta non sia nel nomenclatore ambulatoriale: se così fosse deve essere esplicitata una giustificazione clinica scritta, che validi il trattamento in *day surgery* (è ammesso questo tipo di conversione in non più del 20% dei casi);
- che lo stato clinico del paziente consenta il trattamento in *day surgery*;
- che non esistano impedimenti familiari, sociali e/o logistici;
- che esista la reale necessità di assistenza domiciliare.

Box 4 - Accessi del paziente

1° accesso:

esecuzione degli esami pre-operatori concordati, visita anestesiológica, controllo della corretta selezione del paziente, verifica della corretta compilazione dei consensi, delle prescrizioni pre-operatorie e delle comunicazioni al medico curante.

2° accesso:

intervento chirurgico, breve *post*-operatorio con monitoraggio intensivo del paziente, dimissione concordata con prescrizioni complete per assistenza al domicilio, informazioni specifiche per la patologia in oggetto, associate ad una lettera per il medico curante.

3° accesso:

viene programmato il *follow-up* telefonico a 24-48 ore, *follow-up* clinico a 6 giorni e, a seconda della patologia trattata, anche a maggior distanza di tempo

Nei casi in cui è stata ritenuta necessaria, si esegue l'assistenza domiciliare i cui *standard* essenziali sono: procedure operative scritte; protocolli di ammissione concordati e codificati; garanzia dell'intervento; reperibilità medica ed infermieristica 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno con medico sempre reperibile; assistenza programmata ed erogata di norma 12 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno; centrale operativa funzionante costantemente; disponibilità di accesso alla struttura del reparto (necessità diagnostiche o di ricovero); disponibilità di un sistema di telemedicina; organizzazione di un appropriato servizio logistico per assicurare la disponibilità di protesi, presidi, farmaci, eventuale trasporto dei pazienti, ecc.; utilizzo di cartella clinica domiciliare; sistemi di pianificazione, gestione e controllo degli interventi; sistema di rilevazione ed analisi delle attività domiciliari.

visione chirurgica ospedaliera e al medico responsabile (operatore). Il medico di Medicina generale viene informato dello stato del paziente al momento della programmazione dell'intervento e della dimissione, che avviene sempre con relazione scritta.

La valutazione della corretta gestione dell'attività è fondamentale per poter garantire e documentare un elevato livello qualitativo, che deve essere pari, o meglio, superiore a quello fornito

nella degenza ordinaria per le stesse patologie.

Ci si è avvalsi di una serie di indicatori, ricavati dalla letteratura e modificati dall'esperienza, riportati per esteso nella box 4 (Norme UNI EN ISO 9002, 1997; Agenzia s.s.r., 1997; Bettelli, 1998 e 1999; Berta, 1998). Ai fini di questa analisi ci sembra improprio la valutazione di tutti i parametri scelti, che sono comunque riportati per esteso nel box 5 ed abbiamo quin-

di estrapolato quelli a maggior significato gestionale. Essi sono:

— *indicatori di efficienza gestionale*: e principalmente: tempi di attesa (tra prenotazione e intervento) e appropriatezza del ricovero;

— *indicatori di processo*: in particolare è importante valutare l'*indicatore di trasferibilità* dalla degenza ordinaria al *day surgery* di una serie di patologie, identificate per Drg, che sono tipiche della *day surgery* e quindi «traccianti» dello sviluppo dell'attività. È ovvio che, all'inverso, il loro ricovero in degenza ordinaria è espressione di inappropriatezza del ricovero;

— *indicatori di efficacia*: essi permettono essenzialmente di rilevare anomalie cliniche, ma verranno analizzati quelli che, in funzione di successivi aggravamenti o perturbazioni, determinano alterazioni nella gestione del paziente.

4. Risultati

La gestione del *case mix* passa attraverso la verifica di appropriatezza che è migliorata tra il 1999 ed il 2000 passando dal 78% al 98% (grafico 2). Il progetto ministeriale che stiamo applicando prevede il raggiungimento dell'85%.

Gli indicatori di processo, basati prevalentemente sull'analisi dei Drg «traccianti», hanno indicato una discreta conversione della patologia dal ricovero ordinario al *day surgery*, con indici di incremento progressivi e significativi (tabella 3).

Tra il 1999 ed il 2000 la percentuale di conversione è passata dal 25,95% al 42,19%; la percentuale media di conversione è passata, nello stesso periodo, dal 33,07% al 51,93%.

Le complicanze rilevate in base agli indicatori di efficacia si sono verificate in 35 pazienti (2,38%).

Box 5 - Indicatori della *day surgery***A. DATI DI ATTIVITÀ**

1. Posti letto e posti letto equivalenti di *day surgery*
2. Giorni di attività: = / > 240 (365 – festività – 8 gg a Natale – 15 gg circa a Ferragosto)
3. Presenze/anno: somma di tutti gli accessi effettuati dai pazienti
4. Casi di *day surgery*/anno: somma singoli pazienti ricoverati (indipendentemente dagli accessi)
5. Presenza media/anno: = a 3 determina il numero medio di accessi effettuati dai pazienti afferenti alla *day surgery* in un anno. Corrisponde all'indice di ripetitività con cui i pazienti afferiscono al ricovero diurno: infatti è massimo nei ricoveri che si configurano come preospedalizzazione, mentre è prossimo a 3 nei ricoveri veri e propri di *day surgery*
6. Numero totale sedute di sala operatoria: (n./settimana: almeno da 3 a 5, generalmente in funzione dei posti letto)
7. Grado corrispondenza protocolli/ASA (ha poco significato sia economico, che gestionale poiché fa riferimento alle linee-guida delle diverse società scientifiche e riteniamo sconsigliabile l'iniziativa privata nell'interesse del paziente)

B. INDICATORI DI EFFICIENZA GESTIONALE

- Tempi di attesa (tra prenotazione e intervento)
- Appropriatelyzza del ricovero
 - intervento compreso nell'elenco pat. *day surgery*
 - intervento compreso nel nomenclatore ambulatoriale, ma con giustificazioni cliniche
 - intervento compreso nel nomenclatore ambulatoriale, ma senza giustificazioni cliniche
- Rapporto valutati/attesi (pazienti sottoposti a valutazione anestesiológica e non presentatisi all'intervento/totale pazienti prenotati)
- % completamento *iter* diagnostico in unico accesso
- % pazienti inidonei/totale valutati (errore di selezione)
- % dimessi/operati entro la sera-entro il mattino successivo
- Trasferiti in degenza ordinaria/totale operati
- Tasso di utilizzo dei posti letto da 80 a 150%
- Tasso di utilizzo delle sedute operatorie
- Indice di operatività Drg chirurgici/Drg totali 70%
- Indice operatività ridefinito Drg chirurgici + Drg procedure invasive/Drg totali > 85%

C. INDICE DI TRASFERIBILITÀ-INDICATORE DI PROCESSO

Appropriatezza del ricovero in base a Drg «traccianti» predeterminati e tipici per patologie da *day surgery*

Tunnel carpale	6
Varici	119
Int. su ano e stoma con CC	157
Ano e stoma	158
Ernie	162
Appendicectomia con dia. princ. compl. senza CC	165
Appendicectomia con dia. princ. non compl. senza CC	167
Int. su tessuti molli con CC	226
Tessuti molli-cisti sinoviale	227
Mano-polso cisti tendinea	229
Mastectomia totale per TM senza CC	258
Mastectomia subtotale per TM senza CC	260
Int. mammella non per T.M. escl. biopsia, esciss. loc.	261
Biopsia mammelle non per T.M.	262
Int. perianali-pilonidali	267
Cute sottocute e mammella	270
Int. testicolo non T.M.	339
Circoncisione	342
D&C, conizzazione escl. per T.M.	364
Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	381

Tali Drg sono tipici («traccianti») della *day surgery* e, se effettuati in degenza ordinaria, sono espressione di inappropriatelyzza del ricovero

Segue box 5 - Indicatori della day surgery

D. VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESTAZIONE

Rapporto tra numero di pazienti operati in *day surgery* e tutti quelli candidati e inseriti nel programma specifico di *day surgery*: non inferiore all'85% del totale dei pazienti reclutati

La prestazione di *day surgery* non deve essere, di norma, compresa nel nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali, compatibilmente alle situazioni cliniche del paziente inserito nel programma stesso. Si può prevedere che la percentuale dei pazienti sottoposti a procedure chirurgiche contemplate nel nomenclatore tariffario nel superi il 20%

E. INDICATORI DI EFFICACIA

- % complicanze chirurgiche
- % infezioni di ferita
- % complicanze anestesilogiche
- % reinterventi per complicanze
- % n. chiamate urgenti/dimessi
- % n. assistenze domiciliari

(La percentuale dei pazienti seguiti a livello domiciliare rispetto alla totalità dei pazienti sottoposti a procedure di *day surgery* deve essere, a regime, almeno del 20%. La tipologia dell'intervento e le condizioni cliniche e sociali del paziente determinano una variabilità di questa quota. Il dato deve essere quindi disaggregato e calcolato sulle possibili fasce di intervento domiciliare, tenendo conto anche dei pazienti che non necessitano di ospedalizzazione domiciliare, ma di semplice controllo ambulatoriale, in modo da determinare nel dettaglio l'efficienza dell'ospedalizzazione domiciliare)

- % n. anomalie rilevate/totale contatti telefonici
- % ricoveri imprevisti entro due giorni
- % adesione ai protocolli diagnostico-terapeutici
- % interventi eseguiti da specializzandi senza assistenza chirurgo esperto

F. INDICATORI DELLA QUALITÀ TECNICO-PROFESSIONALE

- % n. an. Loco-regionali/operati
- % pazienti ASA 3 operati
- Rapporto ASA/ass. domiciliare
- % cartelle cliniche incomplete
 - % cartelle cliniche conformi allo *standard* => 80%
 - rintracciabilità consenso informato = 100%
 - % di fogli terapia conformi allo *standard* => 80%
 - % di cartelle cliniche consegnate e finite a 5 giorni dal trattamento = 70%
- % corretta compilazione SDO
 - n. diagnosi secondarie segnalate/totale => 2
 - n. procedure secondarie segnalate/totale => 1,5
- % lettere dimissione in cartella
- Soddisfazione operatori (questionario)
- % questionari gradimento consegnati dagli utenti => 80%
- % di questionari di valutazione riconsegnati => 50%
- % risposte affermativo al quesito «consiglierebbe ad altri il ricovero presso questo reparto?» => 95%
- N. disservizi
- N. segnalazioni e reclami

Oltre a questa valutazione tendenzialmente oggettiva, abbiamo deciso di dare particolare importanza ad una serie di questionari di gradimento

G. QUALITÀ PERCEPITA

Mediante la realizzazione di questionari da distribuire ai pazienti, ai medici che ruotano nell'unità di *day surgery* ed ai medici di medicina generale

Tabella 3 - Indicatori di processo in *day surgery* periodo dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2000

Drg traccianti	Descrizione	Totale casi DO-DH in altre U.O.	Totale casi DS	N. casi in deg. ordinaria	GG. deg. ord in altre U.O.	%
006	Decompressione <i>tunnel</i> carpale	30	28	2	17	93,33%
119	Legatura e <i>stripping</i> di vene	233	107	130	427	45,92%
157	Int. su ano e stoma con CC	34	4	31	332	11,76%
158	Int. su ano e stoma senza CC	130	34	97	631	26,15%
162	Int. ernia inguinale e femorale, età > 17 senza CC	305	112	193	1013	36,72%
165	Appendicectomia con dia. princ. compl. senza CC	15	1	14	85	6,67%
167	Appendicectomia con dia. princ. non compl. senza CC	127	3	124	452	2,36%
198	Colecistectomia senza esploraz. dotto com. senza CC	79	0	79	731	0,00%
220	Int. arto inf., omero escl. anca etc., età < 18	2	0	2	32	0,00%
226	Int. su tessuti molli con CC	3	2	1	51	66,67%
227	Int. su tessuti molli senza CC	36	17	19	247	47,22%
258	Mastectomia totale per T.M. senza CC	32	1	31	324	3,13%
260	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC	25	1	24	193	4,00%
261	Int. mammella non per T.M. escl. biopsia, esciss. loc.	13	4	9	68	30,77%
262	Biopsia mammella e esciss. locale non per T.M.	25	8	17	61	32,00%
267	Int. perianali e pilonidali	46	19	27	130	41,30%
270	Altri int. pelle, sottocutaneo e mammella senza CC	53	35	14	79	66,04%
339	Int. sul testicolo non per T.M., età > 17	67	13	54	210	19,40%
342	Circoncisione, età > 17	54	49	5	25	90,74%
364	D&C, conizzazione escl. per T.M.	48	21	16	46	43,75%
381	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	854	632	152	161	74,00%
		2.211	1.091	1.041	5.315	
	Degenza media: gg.		1		5,11	

Le complicanze cliniche sono state:

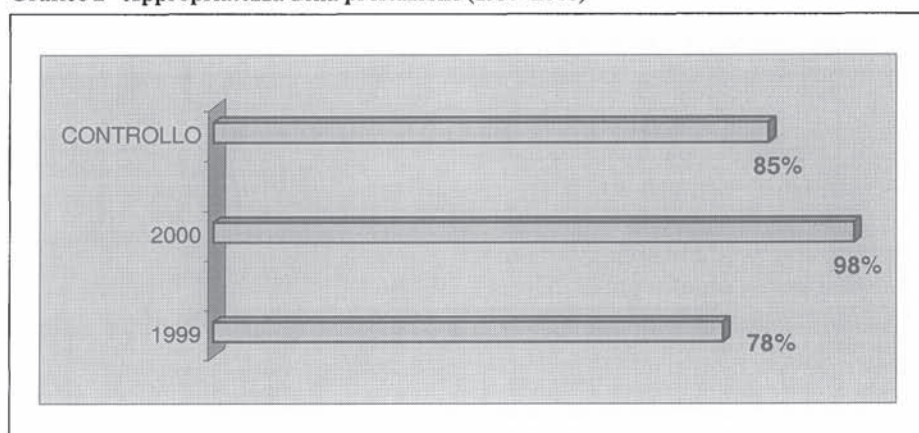
% complicanze chirurgiche	5	0,34%
% infezioni di ferita	1	0,07%
% complicanze anestesiolgiche	1	0,07%
% reinterventi per complicanze	1	0,07%
Totale	8	0,55%

dimostrando quindi una bassissima incidenza soprattutto rispetto ai dati di riferimento regionali per le stesse patologie e riferiti alla degenza ordinaria, confermando addirittura un miglioramento qualitativo delle prestazioni chirurgiche.

Le complicanze gestionali sono state:

n. chiamate telefoniche urgenti di aiuto o informazione/totale dimessi	11	0,75%
n. anomalie cliniche rilevate nel decorso post-operatorio/totale contatti telefonici	2	0,13%

Grafico 2 - Appropriatazza della prestazione (1999-2000)



% ricoveri imprevisti entro due giorni	0	0,00%
n. pazienti trasferiti in degenza ordinaria/totale operati	27	1,84%

La più significativa di queste ultime, ovviamente sotto il profilo organizzativo e non clinico, riguarda i 27 pazienti (1,84%), tutti A.S.A. III,

quindi a maggior rischio e corrispondenti al 26,2% del totale degli A.S.A. III, che non hanno potuto essere dimessi la sera dell'intervento e che sono stati ricoverati in degenza ordinaria. Ciò ha determinato il massimo della tutela clinica nei confronti dei pazienti, ma un conseguente, seppur modesto, aumento del costo per paziente trasferito.

Il modello di assistenza domiciliare, limitato ai casi clinicamente più complessi sia per le condizioni cliniche generali, che per il tipo di intervento chirurgico, è stato applicato nel 27% dei pazienti.

L'assistenza domiciliare, iniziata dal gennaio 2000, ci ha consentito di operare pazienti decisamente più anziani, superando quindi il limite dei 75 anni (grafico 3) e pazienti con rischio anestesilogico maggiore (A.S.A. 3 > del 10%) (2) (grafico 4), senza determinare un aumento delle complicanze e comunque del rischio.

Dal punto di vista gestionale è anche significativa la valutazione dell'indice di gradimento dell'utenza (qualità percepita), basato su un questionario anonimo studiato in collaborazione col nostro istituto di psicologia, che è passato dall'87% del 1999 al 98,52% del 2000, dimostrando quanto questa metodologia di ricovero breve è gradita sia dal paziente, che dai suoi familiari.

Il *follow-up* dei pazienti è stato calibrato sul tipo di patologia ed è quindi differenziato in controlli clinici trimestrali, semestrali o annuali: anche a distanza di tempo tutti i pazienti, rivalutati in occasione del *follow-up* clinico, hanno riconfermato le opinioni qualitative espresse alla dimissione. In particolare la risposta alle domande «Se si dovesse presentare la necessità, Le farebbe piacere ricevere lo stesso tipo di trattamento in *day surgery*?» e «Consiglierebbe ad altri il ricovero nel

nostro reparto?» è migliorata dal 98% al 99,2%.

Il parametro «tempi di attesa» tra prenotazione e giorno dell'intervento, costruito anche per determinare il fabbisogno di sale operatorie, fino all'inizio del 2001, non è stato efficacemente utilizzato per governare l'assegnazione, in ragione della scarsità di sale disponibili. La particolare valorizzazione e la corretta gestione della lista di attesa è stata determi-

nante per ottenere le maggiori risorse espresse dal maggior numero (il doppio) di sale operatorie. Dal gennaio 2001 i tempi di attesa sono scesi dai tre mesi circa (97 gg.) del 1999 al di sotto della soglia delle tre settimane (2001), che consideriamo il limite massimo proponibile sempre nell'ottica di sviluppare la massima qualità clinica e gestionale (Francucci, 1998; Schirmer, 1999; Berta, 2000).

Grafico 3 - Distribuzione per età (anno 2000)

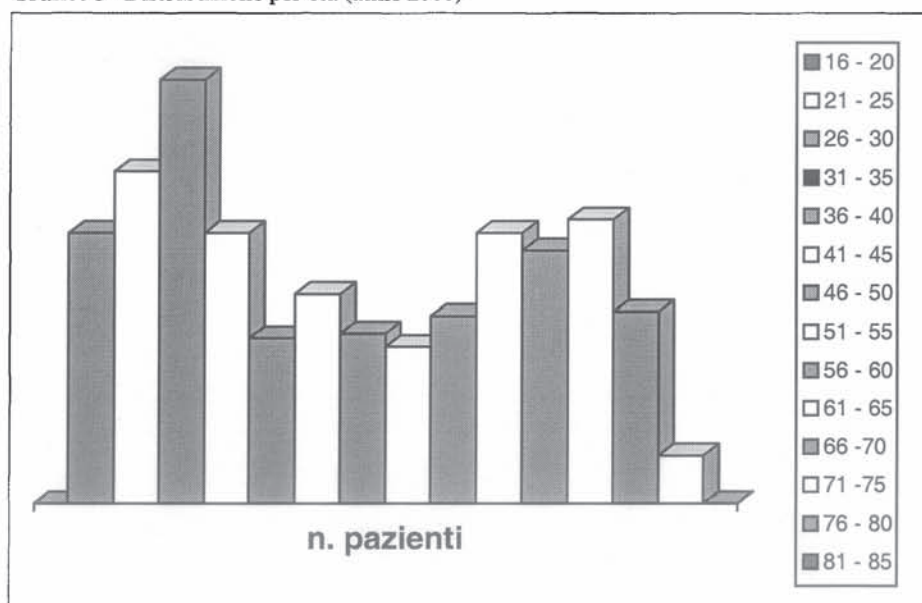
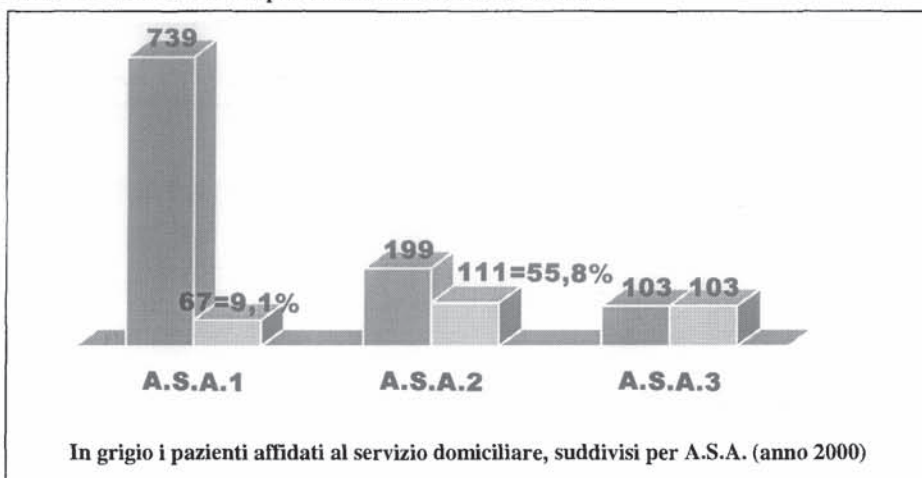


Grafico 4 - Distribuzione per A.S.A. e assistenza domiciliare



Nell'analisi dei costi sono state distinte le due entità di peso, medico o chirurgico, secondo la classificazione DRG-HCFA14, ottenendo i risultati esposti in tabella 4. Il costo dell'unità di peso trattato chirurgicamente è ovviamente più elevato perché è gravato dal ribaltamento del costo di sala operatoria, che naturalmente non è considerato per l'unità di peso di tipo medico.

Tra il 1999 ed il 2000 il costo unitario dei «casi medici» transitati in *day surgery* è aumentato del 6% a fronte di un aumento dell'1% di casi analoghi transitati nella degenza ordinaria.

Il costo unitario dei «casi chirurgici» è aumentato, in *day surgery*, del 23% con una riduzione del 2% per i casi analoghi trattati in degenza ordinaria.

Il costo per «peso medio unitario» dei casi medici è invece diminuito del 5% in *day surgery* e del 4% nelle degenze ordinarie.

Il costo per «peso medio unitario» dei casi chirurgici è aumentato del 18%, mentre è diminuito del 6% nelle degenze ordinarie.

Per quanto riguarda l'attività di degenza ordinaria è stato rilevato il costo delle sale operatorie separatamente dal costo dell'attività di degenza (tabella 5), evidenziando un incremento del peso medio dal 3 al 3,7, un aumento del costo complessivo del 4% nonostante una riduzione numerica dei pazienti operati (da 1587 a 1476 = -7% circa).

Analogamente è stato rilevato il costo complessivo dell'unità di *day surgery* (tabella 6) rilevando un aumento del 37% rispetto all'anno precedente a fronte di un aumento

dell'77% circa di pazienti operati («casi chirurgici»).

La percentuale di riduzione del costo «unità peso chirurgico» avvenuta nelle chirurgie ad opera del *day*

Tabella 5 - Degenze ordinarie

A: CASISTICA CONSIDERATA

	1999	2000	
Totale pazienti «casi medici»	3.038	3.320	9,28%
Totale pazienti «casi chirurgici»	1.587	1.476	- 6,99%
Totale pazienti ricoverati	4.625	4.796	3,70%

B: COSTI

	1999	2000	
Costo delle degenze	24.489.125.207	25.711.155.324	4,99%
Costo di sale operatorie	7.684.033.495	7.732.577.775	0,63%
Costo totale degenze	32.173.158.702	33.443.733.100	3,95%
Peso unitario medio	3	3,7	23,33%

Tabella 6 - Day surgery

A: CASISTICA CONSIDERATA

	1999	2000	
Totale pazienti «casi medici»	1.296	870	- 32,87%
Totale pazienti «casi chirurgici»	352	622	76,70%
Totale pazienti ricoverati	1.648	1.492	- 9,47%

B: COSTI

	1999	2000	
Costo dell'assistenza	608.514.269	581.333.357	- 4,47%
Costo di sale operatorie	262.331.893	611.785.384	133,21%
Costo totale	870.846.162	1.193.118.741	37,01%

Tabella 4 - Sintesi dei risultati economici in *day surgery* e in degenza ordinaria

Sintesi dei risultati economici	Day Surgery 1999	Day Surgery 2000	Differenza in lire	Differenza %	Deg. ordinaria 1999	Deg. ordinaria 2000	Differenza in lire	Differenza %
Costo caso di tipo medico	369.244	389.634	20.390	5,52%	5.294.946	5.360.958	66.012	1,25%
Costo caso di tipo chirurgico	1.114.505	1.373.211	258.706	23,21%	7.824.253	7.690.048	- 134.205	- 1,72%
Costo unità peso medico	721.686	684.347	- 37.339	- 5,17%	4.044.445	3.895.526	- 148.919	- 3,68%
Costo unità peso chirurgico	1.751.403	2.064.798	313.395	17,89%	5.636.409	5.310.947	- 325.462	- 5,77%

surgery ha prodotto un migliore utilizzo di 1.777 milioni.

5. Discussione e conclusioni

L'analisi dei risultati economici consente innanzitutto di osservare che il costo del paziente in *day surgery* risulta inferiore rispetto al costo del paziente in degenza ordinaria. Se era lecito in qualche misura attendersi tale riduzione, occorre rilevare che l'entità della differenza è considerevole e senza dubbio importante nel contesto dell'economia generale dell'azienda. Ma se confrontiamo il costo di produzione di unità di peso Drg in *day surgery*, con la stessa unità di peso in degenza ordinaria, tale differenza risulta ancor più interessante: infatti per produrre un'unità di peso in *day surgery* si «spendono» circa 2 milioni, contro i 5,3 milioni della degenza ordinaria (tabella 4). Questo dato è sicuramente più significativo rispetto al costo per paziente perché, come è noto, il sistema di rimborso è forfetario ed è genericamente indipendente dalle giornate di degenza. D'altra parte il metodo del calcolo del costo per punto di Drg è stato utilizzato proprio perché permetteva un confronto più omogeneo tra degenza ordinaria e *day surgery* e contemporaneamente applicava un metodo consolidato ed usato dalla Regione Lombardia per apporre i correttivi alle proprie tariffe di rimborso nel 1997.

Nella tabella 5 è riportato il costo complessivo di produzione per la degenza ordinaria nelle unità chirurgiche citate. Questo evidenzia che a fronte di un aumento del peso medio da 3 a 3,7 e una contestuale riduzione dei casi da 1587 a 1476, si è avuto un aumento complessivo del costo del 4% a fronte di una riduzione del costo unitario per peso Drg del 6% (tabella 4). Riteniamo quindi che l'aumento di attività della *day surgery* abbia determinato un effetto benefico sull'econo-

micità dell'attività dei «clienti interni». Infatti trasferendo su di sé patologie a basso peso la *day surgery* ha liberato risorse che, presso le degenze ordinarie, hanno permesso di potenziare il trattamento di patologie più «pesanti».

Inoltre, per un miglior raffronto dei costi di produzione con l'entità del rimborso regionale, è utile ricordare, vista la disomogeneità esistente tra le diverse regioni italiane, che in Lombardia la quota di rimborso per le prestazioni effettuate in *day surgery* è del 75%.

Tra il 1999 ed il 2000 la *day surgery* ha incrementato il suo costo (tabella 6) perché ha aumentato significativamente l'attività di sala operatoria ed ha avviato l'assistenza domiciliare.

L'aumento dell'attività di *day surgery*, come abbiamo già visto, determina un miglioramento degli indici di costo delle degenze ordinarie, ma è possibile quantificare in termini di vantaggio competitivo quanto è stata l'azione della *day surgery*?

Nella tabella 7 è sintetizzato il metodo di calcolo che abbiamo utilizzato per tale quantificazione. Nel corso del 1999 sono stati prodotti 1.587 casi chirurgici nelle degenze ordinarie per

un peso totale di 4.761 ed un costo totale di 26.834 milioni.

Nel corso del 2000 sono stati prodotti 1.476 casi con peso 5.471 ed un conseguente costo di 29.000 milioni.

A fronte di un aumento complessivo di 2.169 milioni del costo totale di produzione si è avuto un «incremento produttivo» di 700 unità di peso. Se queste 700 unità di peso fossero state valorizzate al costo di produzione 1999, avremmo rilevato in realtà un aumento complessivo superiore a quello reale e pari quindi a 3.946 milioni. La differenza col costo reale di produzione, ottenuta sottraendo al maggior costo teorico (3.946 milioni) il costo reale (2.169 milioni), è pari a 1.777 milioni, che rappresenta una stima di miglior utilizzo delle risorse.

Sulla base delle considerazioni espresse possiamo pensare che la *day surgery* non solo rappresenti un vantaggio clinico poiché migliora l'efficacia chirurgica in patologie a basso peso, ma addirittura «costa meno» e produce un effetto di scala di gran lunga più importante rispetto al miglioramento dei margini operativi che essa produce decongestionando l'attività chirurgica, ottimizzando le risorse mediche ed infermieristiche dedicate

Tabella 7 - Calcolo del miglior utilizzo

Anno	Casi	Peso totale	Costo totale di produzione in lire
1999	1.587	4.761	26.834.943.249
2000	1.476	5.461	29.004.143.756

Incremento produttivo in unità peso	700	
Aumento di costo reale	Costo reale 2000 – costo reale 1999 29.004.143.756 – 26.834.943.249	L. 2.169.200.507
Aumento di costo teorico	Incremento produttivo in unità peso – 700 – per il costo di produzione dell'unità peso 1999 – L. 5.636.409 – (ved. Tab. IX)	L. 3.946.613.582
Migliore utilizzo	È la differenza tra costo reale e costo teorico	L. 1.777.413.074

alla degenza, contribuendo in maniera significativa alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione e al fabbisogno dei posti letto di degenza ordinaria.

(1) «Peso»: il sistema Drg classifica le patologie in funzione dell'assorbimento di risorse — umane, strumentali e diagnostiche — è cioè un sistema di classificazione isorisorse, espresso in «peso».

(2) A.S.A.: classificazione internazionale di gravità del paziente, codificata dall'American Society of Anesthesiology. I pazienti A.S.A. I e A.S.A. II sono a basso rischio anestesiológico e possono essere operati in *day surgery*. I pazienti A.S.A. III sono a rischio elevato e possono essere operati in *day surgery* dopo accurata valutazione clinico-anestesiológica.

BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (1997), *Requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi per le strutture di day surgery*, Roma.
- BARALDI S., MONTAPERTO C. (2000), «Il Balanced Scorecard nelle aziende ospedaliere. L'esperienza del S. Carlo Borromeo», *Budget*, 24, 4° trimestre, pagg. 28-62.
- BARALDI S., MONTAPERTO C. (2000), «Il test sulla performance. L'applicazione del balanced scorecard al S. Carlo Borromeo di Milano», *Il Sole24ore Sanità Management*, agosto/settembre, pagg. 35-39.
- BERTA V., MALTAGLIATI E. (2000), «Modello gestionale della day surgery dell'Azienda ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano», *Day Surgery*, 71, 1.
- BERTA V. (2000), «Attività e risultati della sezione autonoma di day surgery nell'ambito di un grande ospedale milanese», *Day Surgery*, 23, 2.
- BERTA V. (1996), «Informazione al Paziente e consigli alla dimissione dopo day surgery in rapporto alle complicità possibili», in *Atti I Congresso nazionale S.I.C.A.D. Società italiana di chirurgia ambulatoriale e di day surgery*, 26-27 gennaio 1996, Casa Editrice Mattioli, Milano, pag. 38.
- BERTA V. (1998), *Regolamento unità dipartimentale di day surgery*, Milano.
- BERTA V. (1996), «Standard organizzativi della day surgery Unit.», in *Atti I Congresso nazionale S.I.C.A.D. Società italiana di chirurgia ambulatoriale e di day surgery*, Milano 26-27 gennaio, Casa Editrice Mattioli, pag. 26.
- BETTELLI G. (1999), *Board della qualità della SICADS: le basi della qualità in day surgery*, Ed. Athena, Milano.
- BETTELLI G. (1998), «Sistemi di assicurazione della qualità e indicatori di qualità per la day surgery», *Inserito IV Atti SICADS Tour 1997-1998. Linee guida regionali per un sistema moderno di ospedalizzazione chirurgica*, Parma 28 febbraio 1998.
- CASATI G. (a cura di) (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Ed. EGEA, Milano.
- CELLI G. ET AL. (2000), *Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno*, Commissione di studio sulla day surgery istituita con decreto ministeriale del 12 settembre 2000.
- DECRETO LEGISLATIVO N. 229 DEL 19 GIUGNO 1999, *Norme per la razionalizzazione del S.S.N.*
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE LIGURIA N. 1576 DEL 24 MAGGIO 1996, *Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione del ricovero in regime di day hospital*.
- DELIBERA DELLA REGIONE UMBRIA N. 2088 DEL 9 APRILE 1997, *Attuazione del D.C.R. 296/96 «Riorganizzazione della rete ospedaliera»: linee guida per l'organizzazione dell'attività di day surgery*.
- DELIBERA DELLA REGIONE LOMBARDIA N. 34766 20 FEBBRAIO 1998, *Direttive in ordine all'attività di day hospital e di day surgery*.
- D.P.R. 20 OTTOBRE 1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali*.
- FRANCUCCI M. ET AL. (1998), *Implementazione di un sistema qualità in un'unità di day surgery*. *Arch e atti della Società italiana di chirurgia*, 100° Congr. della Società italiana di chirurgia - III, 128, Ed. Pozzi.
- FRANCUCCI M., PANELLA V., TANESE A. (1998), «Sperimentazione e sviluppo dell'unità di day surgery presso l'Azienda ospedaliera "Santa Maria" di Terni», *Mecosan*, 30.
- FRANCUCCI M. ET AL. (1998), «Esperienza di un'unità di day surgery all'interno di un'Azienda ospedaliera», *SICADS Tour*, inserto IV, 13, Cagliari.
- GAZZETTA UFFICIALE (1997), «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private», *G.U.*, n. 42, suppl. 37.
- JOINT COMMISSION ACCREDITATION FOR HEALTHCARE ORGANIZATION (1994), *Accreditation manual for ambulatory healthcare*, Oakbrook-Terrace, Il, Jdaho.
- LINEE GUIDA N. 19 (1997), *Norme UNI EN ISO 9002 nella chirurgia di giorno*, Ed. UNI.
- SCHIRMER B.D., RATTNER D.W. (1999), *Chirurgia ambulatoriale*, Antonio Delfino Ed., Roma.
- SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (1997), *SIAARTI raccomandazioni per l'anestesia in day hospital*.
- SPERIMENTAZIONE MILANO, KPMG CONSULTING (1999), *Manuale di controllo di gestione. Dicembre 1999*, Distribuito da Sperimentazione Milano, rif. KPMG n. 10524-331.

VERSO UN NUOVO APPROCCIO AL CONTROLLO DI GESTIONE: SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI ANALISI INTEGRATA DI UN'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA GENERALE

G. Noto, V. Nardi, M.G. Palermi, M.R. Pallotta, S. Piercamilli, C. Mancini, A. Marcobelli, F. Di Stanislao
 Agenzia regionale sanitaria Marche

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Finalità della sperimentazione - 3. La mappa di analisi sistemica a forma di stella - 4. La mappa di analisi sistemica a stella applicata alla chirurgia generale - 5. Evoluzione della mappa di analisi sistemica: l'analisi organizzativa - 6. Riflessioni finali.

«... Sorge il bisogno di un principio di spiegazione più ricco di quello di semplificazione (disgiunzione/riduzione) e che si può chiamare principio di complessità ... Certamente questo si fonda, come il precedente, sulla necessità di distinguere e di analizzare, ma, in più, tenta di stabilire la comunicazione tra ciò che viene distinto: l'oggetto e l'ambiente, la cosa osservata e il suo osservatore ...».

E. Morin (1983)

1. Premessa

L'Agenzia regionale sanitaria (Ars) della Regione Marche nell'ultimo anno ha avviato un processo di riflessione interna mirato all'innovazione qualitativa delle offerte, formative e non, rivolte alle Aziende sanitarie, in un'ottica di piena integrazione tra le diverse aree d'intervento, identificando nell'affermarsi di quest'ottica una forte potenzialità innovativa per tutto il sistema sanitario, regionale e aziendale. Tale potenzialità innovativa deriva dal superamento della logica di separazione tra competenze (e componenti) economiche e competenze (e componenti) sanitarie, diffusa nelle realtà aziendali, che:

— espone al rischio di generare letture parziali ed autoreferenziali dei sistemi-organizzazione (Di Stanislao e Noto, 2000), delle loro parti, dei loro processi interni e dei loro risultati, perpetuando un messaggio di forzosa separazione tra approcci e strumenti

(sanitari ed economici) che, seppur diversi nella tipologia e negli obiettivi, risultano unitari nelle logiche di fondo e nelle finalità, in quanto mirati a facilitare il governo dell'organizzazione e la gestione della produzione. Quando utilizzati da soli, essi producono una lettura parziale dei fenomeni e conseguenti distorsioni interpretative;

— è causa di dispendio di energie, di duplicazione di uffici, strutture reticolari e di interventi, e tende a generare asimmetrie, settorializzazione e parzialità dentro l'organizzazione. Una tipica espressione di ciò è l'usuale modalità di lettura dei risultati gestionali, basata sulla somma di dati settoriali non correlati fra loro: il risultato gestionale è da intendersi come risultato unitario, non valutabile soltanto nei suoi aspetti quantitativi, o economico-finanziari o qualitativi, come spesso avviene nei sistemi aziendali. C'è da considerare, inoltre, che l'integrazione dei «saperi» non implica la semplice somma delle parti: in una

prospettiva sistemica, ogni singola parte, quando posta in relazione alle altre, assume un significato diverso, in quanto si arricchisce dei significati dell'insieme ed a sua volta contribuisce ad arricchire l'insieme (Lao-Tzu, 1973; von Bertalanffy, 1971; Watzlawick, 1971; Bateson, 1976 e 1984; Morin, 1983 e 1984; Bocchi e Ceruti, 1985; Minsky, 1989; Feyerabend, 1991; Maturana e Varela, 1992; Manghi, 1998; Capra, 1988 e 1998; Ceruti, 1999);

— contribuisce a diffondere un'idea del controllo di gestione come strumento parziale, «burocratizzante», autoreferenziale, e non come strumento che, grazie alle connessioni tra i diversi saperi (Borgonovi, 2000; Casati, 2000; Collins, 1999; Del Vecchio, 2001; Francesconi, 1993b) ed al-

Lavoro svolto con la collaborazione dei Direttori sanitari delle Aziende sanitarie della Regione Marche.

l'integrazione tra i differenti attori, può essere in grado di generare conoscenza e «senso di sistema», e che, grazie all'uso integrato di dati, può essere in grado di transitare da un mosaico di dati ad un sistema di risultati, di valori e di senso;

— contribuisce a generare parcelizzazione organizzativa, anche all'interno dello *staff*, dove ogni area si identifica come «parte a sé», con l'effetto del moltiplicarsi delle strutture e dei bisogni autoreferenziali delle singole parti. Questa settorializzazione, a ricaduta, si ripropone in tutta l'organizzazione, anche in *line*, dove tendono ad esasperarsi le distanze tra componenti e saperi gestionali e componenti e saperi tecnico-professionali, generando una lettura della relazione «gestione-produzione» in termini dicotomici, pur trattandosi di elementi complementari, seppur diversi, in una logica di unitarietà del sistema.

2. Finalità della sperimentazione

Sulla base di tali premesse, l'Agenzia regionale sanitaria (Ars) ha messo a punto una sperimentazione mirata a mettere a confronto — esaltandone le differenze e le connessioni — la lettura economica e la lettura sanitaria dei sistemi-azienda e dei loro risultati.

A tale scopo, è stato costituito un gruppo di lavoro interno all'Ars — composto da componenti dell'area sanitaria e componenti dell'area economica — che, mettendo a confronto i punti di vista economico e sanitario, le diverse ottiche di lettura, le griglie, gli strumenti, i flussi informativi e gli assetti organizzativi, ha sperimentato uno strumento di lettura integrato.

Sin dall'inizio, il gruppo di lavoro ha attivato un rapporto stabile con i Direttori sanitari di tutte le aziende sanitarie della Regione, che hanno fornito un costante contributo allo sviluppo

della sperimentazione, non soltanto sul piano dei contenuti, ma anche sull'analisi di fattibilità e sulla generazione di dati, informazioni e verifiche.

Il confronto all'interno del gruppo Ars si è dapprima sviluppato sulle potenzialità generiche di integrazione tra i diversi punti di vista e, successivamente, si è concentrato su un oggetto di osservazione, al fine di poter concretamente verificare la praticabilità di un modello di lettura integrata utilizzando dati reali: un'unità operativa di chirurgia generale (1).

Quest'ultima scelta collimava con l'esigenza di mettere a punto un possibile modello di analisi delle chirurgie generali della regione, considerato che, per l'anno 2001, le Direzioni generali delle Aziende sanitarie avevano ricevuto, tra i vari obiettivi gestionali assegnati dalla Regione, un obiettivo di analisi e razionalizzazione della produzione in ambito chirurgico. Emergeva, in altre parole, la necessità di avere a disposizione un modello di riferimento pratico, utile alla rivisitazione critica di un sistema organizzativo, della sua produzione, dei suoi risultati.

Attraverso una prima fase di confronto teorico generale e successivamente mediante l'analisi effettuata su dati empirici, si è cercato di giungere ad una lettura integrata delle chirurgie generali, dato che l'analisi squisitamente economico-finanziaria o sanitaria tende forzatamente a semplificare la complessità tipica della produzione sanitaria, distorcendo il senso ed i significati del sistema (2).

Prima di procedere nell'analisi della sperimentazione, è utile evidenziare i valori di questa sperimentazione:

— la costruzione di una mappa di analisi sistemica (3) sviluppata a partire dai punti di vista regionale e aziendale, realizzata attraverso una modalità integrata — tra attori di diversa estrazione professionale e di differen-

te ambito lavorativo — ed una modalità partecipativa, orientato verso una migliore ottimizzazione delle risorse impegnate in ambito chirurgico, nella prospettiva di un miglioramento dell'economicità (efficacia ed efficienza);

— l'arricchimento degli attori di tutto il sistema, regionale e aziendale, in termini di socializzazione e scambio di *know how*, crescita e qualificazione professionale e, più in generale, di crescita dell'organizzazione;

— in una prospettiva di più lungo periodo, il miglioramento del senso di appartenenza delle varie componenti, legato all'assunzione di una prospettiva coevolutiva di lavoro integrato;

— la potenziale «esportazione» della mappa che, dopo i dovuti riadattamenti, potrebbe essere utilizzata per analizzare aree di produzione diverse dalla chirurgia generale.

3. La mappa di analisi sistemica a forma di stella

3.1. Il percorso e la metodologia

La sperimentazione è stata avviata secondo una logica di evoluzione per tappe.

In particolare, dopo una breve fase di inquadramento delle premesse teoriche, il lavoro ha assunto un taglio mirato allo specifico ed al concreto (l'analisi delle U.o. di chirurgia generale). Allo stesso tempo si è avuto cura di valorizzare alcuni momenti di approfondimento teorico, dato che la finalità del percorso non era soltanto quella di fornire risposte su quesiti specifici, ma anche e soprattutto quella di riflettere sui sensi e sui significati più ampi delle connessioni tra saperi diversi.

Il gruppo ha dapprima riflettuto insieme sull'impianto attuale delle due aree (economica e sanitaria) sia all'interno dell'Ars sia all'interno delle

Aziende sanitarie, sugli strumenti in uso, sui flussi rilevati a livello aziendale e regionale, sul livello di conoscenza finora raggiunto, sugli assetti organizzativi e sulle prospettive a breve e medio termine.

Nello specifico, sono state dapprima definite le aree da mettere in relazione tra loro per ottenere una lettura integrata della complessità del sistema e della sua produzione. Le aree di dati identificate sono: struttura, costi/assorbimento risorse economiche, valori economici, attività/prestazioni (nella tabella 1 viene definito il potenziale apporto di ogni area di dati).

3.2. La Mappa di analisi sistemica: approccio aziendale

Il gruppo Ars ha operato dapprima individuando, per ciascuna area di riferimento (tabella 1), il *set* di dati rilevanti e, successivamente, ricavando una lista completa degli indicatori per ogni area presa in considerazione (Anselmi, 1996; Borgonovi, 1990; Caselli, Lo Muto *et al.*, 2000; Favero, Montaguti, Zanetti, 1995; Francesconi 1993a; Morosini e Zanetti, 1983; Morosini, Perraro, Barboni e Del Fabbro, 1992; Pinna Pintor, 1998; Silvi e Iannelli, 1994).

Per ciascuna lista sono stati evidenziati, dopo un processo di accurata selezione, gli indicatori fondamentali di ciascuna area, ovvero quelli che meglio rilevano l'aspetto considerato, e gli indicatori di connessione tra le diverse aree, che esaltano le connessioni che aggiungono significato ai singoli indicatori.

Per potere effettuare un'analisi integrata basata sull'esaltazione delle connessioni tra aree differenti, c'è stato bisogno di dotarsi di una griglia di lettura che facilitasse la visualizzazione e la lettura sistemica. Il disegno a stella, con il suo centro e le sue braccia che si espandono nello spazio, è stata

ritenuta la scelta migliore per visualizzare la mappa di analisi sistemica, dato che dà luogo ad una struttura circolare e non gerarchizzata, pur offrendo la possibilità di porre in risalto centri e attrattori. È inoltre una struttura che si presta facilmente a venire incontro alle necessità di sintesi e di dinamicità del modello, esaltando, attraverso le punte, le connessioni.

È stata quindi elaborata una Mappa di analisi sistemica a forma di stella, che permette di analizzare lo spettro di relazioni sistemiche tra le varie aree di

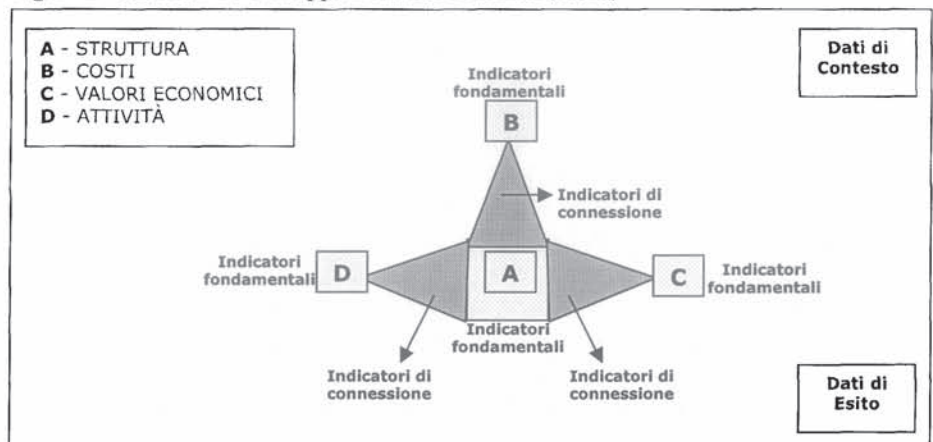
conoscenza prese in considerazione (vedi figura 1).

Nella mappa di analisi sistemica vengono messi al centro della stella di volta in volta gli indicatori fondamentali di una delle quattro aree di dati e su ogni punta della stella sono inseriti gli indicatori di connessione tra la categoria di dati posta sulla punta e la categoria posta al centro della stella. In tal modo si è dato risalto, in un'ottica di sistema circolare, a quegli indicatori in grado di fornire elementi di conoscenza altrimenti non riscontrabili uti-

Tabella 1 - Aree di dati per il modello

<p>A - Dati di struttura Obiettivo: — valutare gli elementi strutturali di offerta (dotazione di risorse umane, tecniche, tecnologiche, ecc.) e gli elementi di contesto organizzativo (presenza di astanteria, rianimazione, blocco operatorio, ...)</p>
<p>B - Dati di costi/assorbimento risorse economiche Obiettivo: — valutare gli elementi di costo/dell'offerta/erogazione-produzione</p>
<p>C - Dati di valori economici Obiettivo: — valutare la produzione (valore ricoveri ordinari e <i>day hospital</i>, valore delle prestazioni specialistiche)</p>
<p>D - Dati di attività/prestazioni Obiettivo: — valutare i dati quantitativi di offerta (numero ricoveri e prestazioni specialistiche, complessità dell'attività)</p>

Figura 1 - Struttura della Mappa di analisi sistemica (Stella)



lizzando la singola categoria di indicatori specifici ed in grado, pertanto, di facilitare la lettura sistemica dei fenomeni e di farne comprendere meglio i significati.

La mappa di analisi sistemica risulta pertanto costituita da 4 stelle, tante quante sono le aree di dati da prendere in considerazione di volta in volta come indicatori fondamentali; a lato di ogni stella vengono sempre indicati elementi di contesto e di esito, dato che questi sono elementi di sfondo imprescindibili per inquadrare l'U.o. presa in esame.

A titolo di esempio si illustra (vedi figura 2) una delle quattro stelle, quella centrata sulla produzione.

3.3 - La mappa di analisi sistemica: approccio regionale

Nell'impianto della mappa di analisi sistemica, si sono ipotizzate due focalizzazioni, una regionale ed una aziendale, partendo dal presupposto che i fabbisogni di conoscenza del livello regionale sono di fatto diversi da quelli di livello aziendale, avendo quest'ultimo bisogno di indicatori di maggiore dettaglio. La differenziazione del fabbisogno di conoscenza risulta, inoltre, utile a garantire l'autonomia dei due livelli.

La mappa di analisi aziendale è caratterizzata dall'insieme delle 4 stelle, quindi risulta una mappa completa, composta sia dagli «indicatori fondamentali» di ogni area (il core delle 4 stelle è costituito complessivamente da circa 50 indicatori), sia dagli «indicatori di connessione» (le punte delle 4 stelle sono costituite complessivamente da altri 50 indicatori).

La mappa di analisi regionale si compone, invece, unicamente degli «indicatori fondamentali» delle 4 stelle. Come tale, la Mappa regionale permette di rilevare soltanto aree di macrocriticità, per la cui interpretazione è

necessario ricorrere agli «indicatori di connessione», che permettono di entrare maggiormente nel dettaglio ed inquadrare adeguatamente le aree problematiche e le loro caratteristiche.

Di seguito (vedi figura 3) viene fornito un esempio della mappa di analisi regionale, con la segnalazione di alcuni degli indicatori fondamentali che la compongono.

La mappa regionale permette di avere a disposizione, in un unico qua-

dro d'insieme, un set essenziale di indicatori utili a realizzare un primo livello di confronto tra diverse U.o. di chirurgia generale.

Al fine di rendere significativo tale confronto, si è provveduto a classificare le Uu.oo. di chirurgia generale in cluster omogenei, utilizzando i medesimi criteri previsti nel Piano sanitario regionale 1998-2004 per la classificazione delle strutture ospedaliere (vedi tabella 2).

Figura 2 - Mappa di analisi aziendale: stella centrata sulle attività

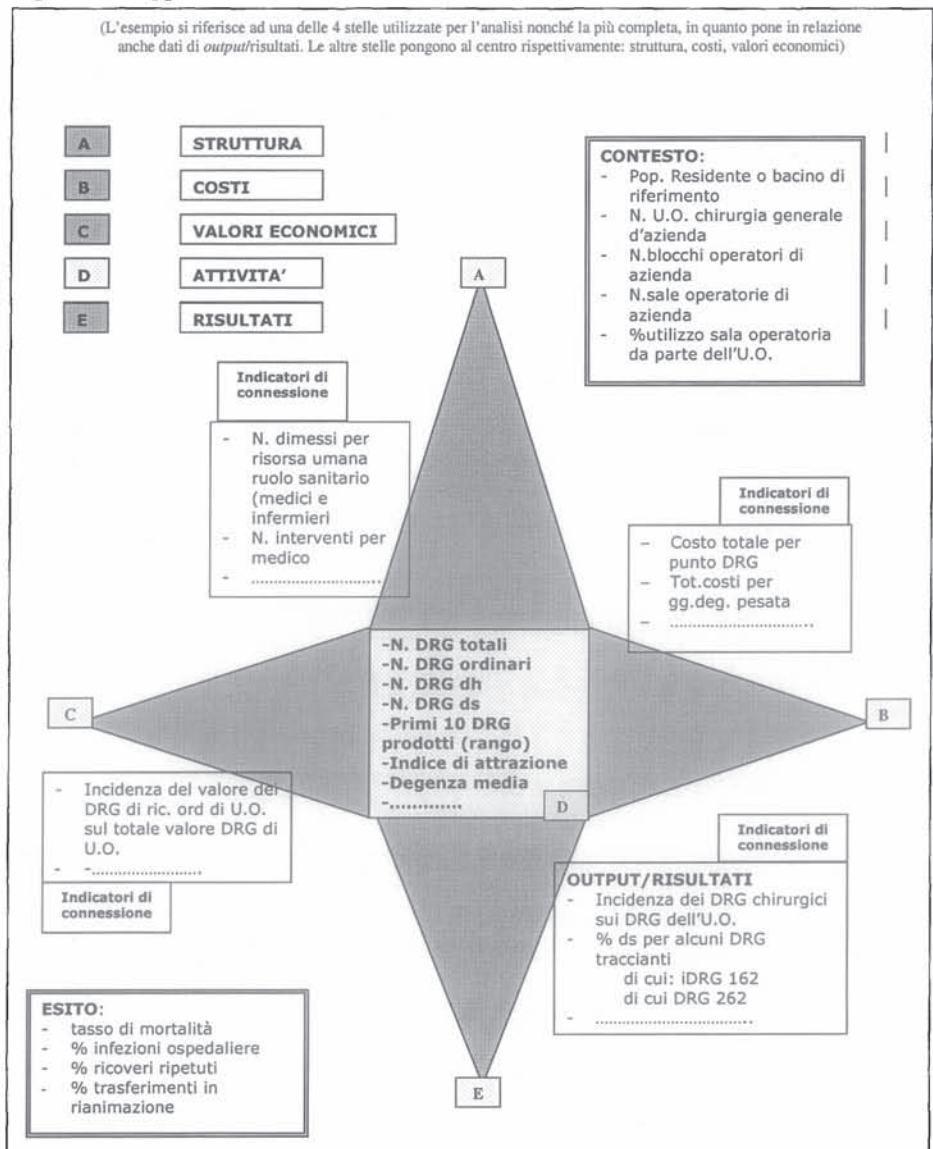
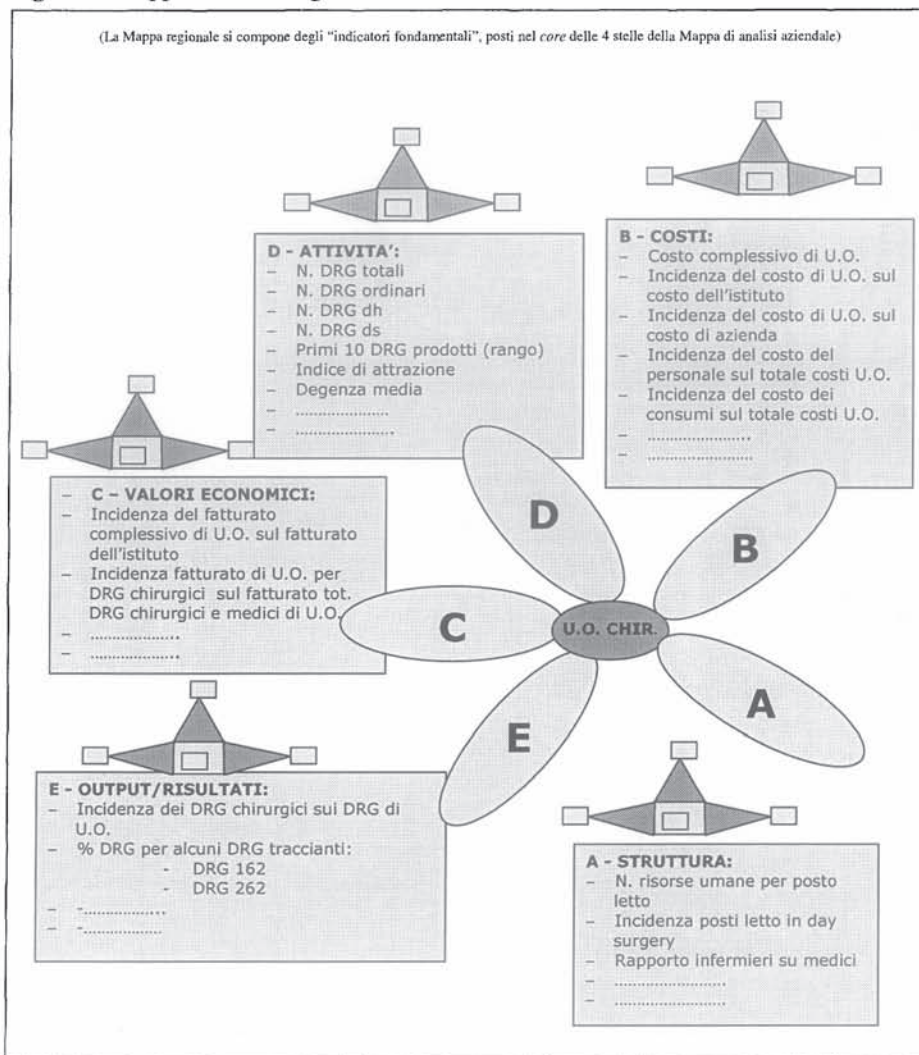


Figura 3 - Mappa di analisi regionale



Al tempo stesso, per ogni indicatore è stato individuato uno *standard* medio regionale di riferimento, rispetto al quale confrontare i singoli dati aziendali.

La mappa di analisi regionale consente pertanto di far emergere le principali criticità esistenti e, una volta individuate, un loro migliore inquadramento sarà possibile attraverso l'applicazione della mappa (aziendale) a stella, nel quale si trovano indicatori di maggiore approfondimento, utili ad interpretare meglio i fenomeni oggetti di studio (5).

4. La mappa di analisi sistemica a stella applicata alla chirurgia generale

Dopo l'analisi della mappa a stella, di cui viene mostrato un esempio, si fornisce un'applicazione empirica dello strumento allo scopo di evidenziare gli aspetti salienti rilevati e mostrare le potenzialità dello strumento stesso.

L'esempio è relativo a dati reali di tre chirurgie generali appartenenti ad uno stesso *cluster*, allo scopo di confrontare Uu.oo. comparabili

per tipologia di istituto di appartenenza.

Le riflessioni sono sviluppate dal confronto tra gli indicatori delle Uu.oo., anche in relazione a *standard* regionali (non si esclude, peraltro, la possibilità di relazionare gli indicatori anche con a *standard* di *cluster*).

Se consideriamo l'U.o. I, l'indicatore che rileva il numero di risorse umane per posto letto risulta elevato (1,06 rispetto ad una media regionale di 0,85), denotando o la presenza di pochi posti letto o di risorse umane eccessive. Quest'ultima sembra essere la risposta più accreditata se si analizzano ulteriori indicatori, quali il numero di dimessi per risorsa umana (per ciascuna risorsa umana equivalente le dimissioni risultano piuttosto esigue). Tale considerazione è comunque in parte calmierata da un tasso elevato di utilizzo dei posti letto (0,87 contro una media di 0,74) che significa numero di dimissioni elevato rispetto ai posti letto disponibili.

Il maggior fabbisogno di personale può essere parzialmente spiegato dalla maggiore complessità della U.o.; l'indice di *case mix* (e in particolare quello chirurgico) è superiore rispetto a quello di Uu.oo. analoghe e il valore medio della tariffa per ricoveri ordinari risulta il più alto di quello delle altre Uu.oo. del *cluster* considerato. L'attività svolta risulterebbe essere appropriata, in quanto la percentuale di ricoveri ripetuti risulta essere perfettamente in linea con il dato regionale e l'incidenza dei Drg chirurgici sui Drg dell'U.o. è superiore al 67% (contro una media regionale del 58% e comunque superiore a quello delle altre Uu.oo.). L'unico segnale di allarme in merito all'appropriatezza può essere dato dal fatto che il Drg maggiormente prodotto risulta il 162, ovvero uno di quelli a maggior rischio di inappropriata, anche se poi questa considerazione è stemperata dalla considera-

Tab. 1. Analisi attività

AZIENDE OSPEDALIERE

MODELLO A STELLA

CONTESTO

1	Pop. residente o bacino di riferimento
2	N. U.O. chirurgia generale di azienda
3	N. blocchi operatori di azienda
4	N. sale operatorie di azienda
5	% di utilizzo sala operatoria da parte dell'U.O.

ESITO

1	Tasso di mortalità di U.O.
2	Tasso di mortalità operatorio
3	% ricoveri ripetuti nell'U.O. per la stessa MDC
4	% ricoveri ripetuti per la stessa MDC (dato aziendale)

1-STELLA CENTRATA SULLA STRUTTURA

A INDICATORI FONDAMENTALI DI STRUTTURA

1	N. risorse umane per posto letto
2	Incidenza posti letto in day surgery
4	Rapporto infermieri su medici

Indicatori di connessione con B (STRUTTURA-COSTI)

Incidenza percentuale dei costi del personale sul totale costi

Indicatori di connessione con C (STRUTTURA-VALORI)

Valore medio della tariffa ric. ord. (residenti e non residenti)
Valore medio della tariffa ds (residenti e non residenti)

Indicatori di connessione con D (STRUTTURA-ATTIVITA')

Dimessi per risorsa umana
Tasso di utilizzo p.l.
Indice di case mix
Indice di case mix chirurgico

2-STELLA CENTRATA SUI COSTI

B INDICATORI SUI COSTI

1	Costo complessivo di U.O.
2	Incidenza del costo di U.O. sul costo dell'istituto
3	Incidenza del costo dell'U.O. sul costo dell'azienda
4	Incidenza del costo del personale sul totale costi U.O.
5	Incidenza del costo dei consumi sul totale costi U.O.

Indicatori di connessione con A (COSTI-STRUTTURA)

Indicatori di connessione con C (COSTI-VALORI)

Incidenza dei costi totali di U.O. sul fatturato
Incidenza del costo del personale sul fatturato

Indicatori di connessione con D (COSTI-ATTIVITA')

Costo totale per punto DRG
Costo per gg. deg. pesata

3-STELLA CENTRATA SUI VALORI

C INDICATORI SUI VALORI

5	Incidenza del fatturato compl. di U.O. sul fatturato dell'istituto
8	Incid. fatturati di U.O. per DRG chirur. sul fatturato tot. per DRG chir. e medici di U.O.

Indicatori di connessione con A (VALORI-STRUTTURA)

Fatturato per risorsa umana equivalente impiegata

Indicatori di connessione con B (VALORI-COSTI)

Indicatori di connessione con D (VALORI-ATTIVITA')

Valore medio ric. ord. (residenti e non residenti)
Valore medio ds (residenti e non residenti)

4-STELLA CENTRATA SULLE ATTIVITA'

D INDICATORI FONDAMENTALI DI ATTIVITA'

1	N. DRG totali
2	N. DRG ordinari
3	N. DRG dh
4	N. DRG ds
5	Primi 10 DRG prodotti in numero (ranko):

di cui:	162	Int. ernia inguinale e femorale, >17 no C.C.
di cui:	183	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., >17 no
di cui:	119	Legatura e stripping di vene
di cui:	158	Int. su ano e stoma no C.C.
di cui:	198	Colectomia tot. no esp. colonico no C.C.
di cui:	167	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no C.C.
di cui:	189	Altre diagn. apparato digerente, >17 no C.C.
di cui:	324	Calcolosi urinaria no C.C.
di cui:	208	Disturbi vie biliari senza C.C.
di cui:	39	Int. cristallino con o senza vitrectomia

Indice di attrazione
Degenza media

Indicatori di connessione con A (ATTIVITA'-STRUTTURA)

N. di dimessi per risorsa umana ruolo sanitario (medici+infermieri)
N. interventi per medico

Indicatori di connessione con B (ATTIVITA'-COSTI)

Costo totale per punto DRG
Costo per gg. deg. pesata

Indicatori di connessione con C (ATTIVITA'-VALORI)

Incidenza del valore dei DRG di ric. ord. di U.O. sul totale valore DRG di U.O.

E INDICATORI DI OUTPUT/RISULTATO

1	Incidenza dei DRG chirurgici sul DRG dell'U.O.
2	% ds per alcuni DRG traccianti
di cui:	Intervento per ernia inguinale e femorale (DRG 162)
di cui:	Biopsia mammella e asportazione local. (DRG 262)

ASL X	ASY Y	ASL Z	REGIONE MARCHE
U.O.1	U.O.2	U.O.3	
130.444	44.703	234.658	1.455.449
2	3	3	36
4	1	4	36
9	4	2	107
	17%	51%	36%
0,020	0,004	0,022	0,014
0,007	0,002	0,008	0,005
0,07	0,10	0,08	0,08
0,08	0,08	0,11	0,07
1,06	0,91	0,81	0,85
0,04	0,07	0,13	0,07
3,50	2,46	3,83	2,67
51,8%	58,4%	45,2%	55,0%
5.425.188	5.032.058	5.081.401	4.889.690
2.054.496	2.003.742	2.217.252	2.172.863
36,60	55,37	71,18	53,51
0,87	0,82	0,61	0,74
1,12	1,07	0,94	1,09
1,23	1,18	1,06	1,24
8.279.105.787	3.000.890.575	4.435.393.116	101.931.511.912
7,8%	6,4%	15,7%	6,8%
2,6%	2,6%	0,8%	2,7%
51,8%	58,4%	45,2%	55,0%
46,9%	28,9%	9,7%	23,3%
85,4%	49,6%	70,6%	58,9%
44,2%	29,0%	32,0%	32,4%
3.321.169	1.887.706	2.336.118	2.208.243
454.341	330.474	581.658	363.485
9,1%	12,9%	22,2%	11,5%
74,9%	68,2%	68,2%	67,8%
182.863.566	257.319.061	250.680.440	229.603.576
5.425.188	5.032.058	5.081.401	4.889.690
2.054.496	2.003.742	2.217.252	2.172.863
2.046	1.366	1.845	41.655
1.679	1.120	965	32.434
109	91	344	3.726
258	155	536	5.485
7	7	3	7
4	5	4	2
-	4	7	7
6	7	5	4
2	2	-	5
2	-	-	6
-	-	6	7
-	-	-	8
-	9	-	9
-	-	1	10
0,32	0,16	0,14	0,31
7,97	6,23	4,38	6,18
45,47	68,75	83,56	63,86
138	147	181	137
3.321.169	1.887.706	2.336.118	2.208.243
454.341	330.474	581.658	363.485
94,0%	93,1%	78,1%	91,7%
67,5%	62,1%	56,4%	58,4%
48%	2%		12%
48%	6%	6%	34%

DESCRIZIONE INDICATORI

N. ore tot di funz. sala op. per UO chir gen/ n. ore tot. funz. sale op.

N. pazienti dimessi deceduti/n. pazienti dimessi dall'U.O.
N. paz. sottoposti a interv. chirurgico deceduti/n. pazienti dimessi dall'U.O.
N. ricoveri ripetuti entro 30gg nella stessa U.O. per la stessa MDC/n. DRG di U.O.
N. ricoveri ripetuti entro 30gg per la stessa MDC/n. DRG di azienda

Risorse umane/posti letto
% posti letto in day surgery/tot. Posti letto
Infermieri/medici

Costi del personale/totale costi

Valore DRG di U.O. ric. ordinari/n. DRG ric. ord.
Valore DRG di U.O. day surgery/n. DRG day surgery

N. dimessi/n. risorse umane
Giornate di degenza/(365*p.l.)
Peso medio DRG di U.O./peso medio DRG di U.O. chir. gen. della Regione
Peso medio DRG chir. di U.O./peso medio DRG di UU.OO. chir. gen. della Regione

Costo pers., consumi, altri costi, consul. e prestaz. da altre AS, utilizzo blocco oper.
Costo tot. U.O./costo tot. istituto
Costo tot. U.O./costo tot. azienda
Costi personale/costo tot. U.O.
Costi consumi/costo tot. U.O.

Costi totali U.O./Fatturato U.O.
Costo personale U.O./fatturato U.O.

Costo tot. U.O./punti totali DRG U.O.
Costo totale di U.O./giornate di degenza*case mix

Valore DRG di U.O./val DRG istituto
Valore DRG chirurgici di U.O./tot. Valore DRG chirurgici e medici

Fatturato/n. risorse umane

Valore DRG di U.O. ric. ordinari/n. DRG ric. ord.
Valore DRG di U.O. day surgery/n. DRG day surgery

N. dimessi non residenti da U.O. chirurgia/n. dimessi dall'U.O.
Giornate di degenza total/n. DRG

N. dimessi/n. risorse umane ruolo sanitario (medici+infermieri)
N. interventi chirurgici/n. medici

Costo tot. U.O./punti totali DRG U.O.
Costo totale di U.O./giornate di degenza*case mix

N. DRG chirurgici/n. DRG dell'U.O.

Tabella 2 - Cluster

Provincia	Ospedali di rete	Poli ospedalieri	Ospedali regionali
PESARO	Urbino Fano	Novafeltria Sassocorvaro Cagli Fossombrone Pergola	S. Salvatore
ANCONA	Senigallia Jesi Fabriano Osimo	Sassoferrato Loreto Chiaravalle	Lancisi Salesi Torrette INRCA
MACERATA	Macerata Civitanova Camerino S. Severino	Cingoli Recanati Tolentino Treia Matelica	
ASCOLI PICENO	Fermo S. Benedetto Ascoli Piceno	Amandola Montegranaro S. Elpidio a Mare P.S. Giorgio Montegiorgio	

Sono definiti OSPEDALI REGIONALI quelli caratterizzati da:

- dotazione delle alte specialità, come intese dal vigente decreto ministeriale;
- dotazione di unità operative di degenza classificate nella fascia c;
- dotazione di servizi di diagnosi e cura di fascia c;
- organizzazione in dipartimenti costituenti poli di livello regionale per le specifiche aree problematiche (emergenza, malattie cardiovascolari, materno-infantile, scienze neurologiche, ecc.) individuate in precedenza.

Sono definiti OSPEDALI DI RETE quelli che presentano aggregazioni/integrazioni funzionali di I livello almeno per le aree di emergenza urgenza, materno infantile, patologie cardiovascolari, patologie respiratorie, patologie neurologiche, riabilitazione. Si tratta di una categoria abbastanza eterogenea sia sotto l'aspetto qualitativo (da ospedali dotati solo di funzioni minime ad ospedali di notevole complessità dotazionale ed organizzativa), sia sotto l'aspetto quantitativo (da ospedali dotati di meno di 200 posti letto ad ospedali dotati di circa 600 posti letto).

Sono definiti POLI CON FUNZIONI DI SUPPORTO AGLI OSPEDALI DI RETE ED ALLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI tutti i piccoli presidi, variamente organizzati, in cui è frammentata la rete regionale.

zione che il 48% dei casi trattati del Drg 162 e del Drg 262 (i cosiddetti Drg «traccianti» per i *day surgery*) vengono svolti in gran parte, correttamente, in ds.

L'incidenza percentuale del costo del personale sul totale costi di U.o. non risulta però superiore alle altre U.o., mentre si rileva la forte incidenza dei consumi sanitari (ben il 47% dei costi di U.o. rispetto ad una media regionale del 23%), a conferma della maggiore complessità dell'attività svolta e dell'utilizzazione di beni sanitari più costosi ad elevata tecnologia.

In realtà, andando ad analizzare l'incidenza dei costi totali di U.o. sul fatturato prodotto, risulta che questi assorbono oltre l'85% dei «ricavi» contro una media regionale del 60%; l'U.o. in questione risulta dunque particolarmente costosa rispetto alle altre chirurgie e la sua produzione di «qualità», l'elevata complessità e la degenza media superiori ai valori di riferimento sono indicatori che possono non essere in grado di giustificare il maggior costo.

Pertanto, sarebbe sicuramente interessante andare a verificare meglio la

spesa per consumi sanitari (cosa si compra? a quali prezzi? e soprattutto come si consuma?). L'U.o. analizzata, con i relativi parametri di produzione, esito e risultato e con un elevato indice di attrazione (0,32%, superiore a tutte le altre Uu.oo.) ha buone potenzialità di sviluppo ma a costi elevati se non viene monitorato il corretto uso delle risorse impiegate, in particolare i consumi e la dotazione organica. Si consideri che il fatturato per risorsa umana impiegata (182 milioni) è notevolmente inferiore alla media regionale (229 milioni) e la presenza di infer-

mieri rispetto ai medici risulta elevata (3,5 infermieri per 1 medico contro una media regionale di 2,7).

Se analizziamo l'U.o. 2, risulta che questa ha una complessità all'incirca simile a quella dell'U.o. 1 (si vedano l'indice di *case mix*, l'indice di *case mix* chirurgico, l'incidenza dei DRG chirurgici sui DRG dell'U.o., il valore medio dei ricoveri ordinari), però riesce a produrre ad un costo inferiore (l'incidenza dei costi sul fatturato risulta essere del 50% circa contro una media regionale del 59%) e il costo per giornata di degenza pesata (330 mila) è inferiore allo stesso costo delle altre Uu.oo. Inoltre, le risorse umane presenti hanno una elevata produttività, con un fatturato per risorsa umana impiegata di 257 milioni.

Il risparmio di costi rispetto al fatturato non è in questo caso a discapito della qualità, dato che l'indice di mortalità e quello di mortalità operatorio sono di 1/5 rispetto a quello dell'U.o. 1 e il valore medio dei ricoveri ordinari e dei *day surgery* è in linea con i valori medi. Qualche nota critica può essere riservata all'appropriatezza, poiché la percentuale di ricoveri ripetuti in U.o. è dello 0,10 (rispetto ad una media regionale di 0,8) e solo il 2% dei casi di Drg 162 e il 6% dei casi di Drg 262 viene svolto in *day surgery*.

La U.o. 3 presa in analisi rileva, in prima battuta, un elevato numero di dimessi per risorsa umana impiegata (71 contro la media regionale di 54, i 38 dell'U.o. 1 e i 55 dell'U.o. 2), con un numero di interventi per medico molto elevato (181 contro un dato regionale di 137) ed un'incidenza di costi del personale sul totale costi del 45% (il più basso tra le U.o. analizzate). Pertanto, a fronte di una presenza di personale contenuta, lo stesso ha una buona produttività (circa 250 milioni di fatturato per risorsa umana impiegata), dovuta anche all'elevata incidenza dei posti letto in *day surgery*,

la cui attività corrisponde al 30% dell'attività totale, che contribuisce anche a determinare una degenza media bassa (4,38 giorni contro una media di 6,18).

Si tratta di una U.o. il cui costo ha una forte incidenza sul costo dell'istituto ma un'incidenza contenuta su quello dell'azienda, che risulta avere tra l'altro elevate dimensioni (dispone di ben tre Uu.oo. di chirurgia generale). I consumi incidono solo del 10% e nel complesso i costi assorbono il 70% del fatturato prodotto. In termini di qualità e appropriatezza delle cure, si rileva un tasso di mortalità piuttosto elevato e una bassa incidenza di *day surgery* per i Drg individuati come traccianti. Ciò significa che, pur essendo elevata la produzione in d.s., questa non comprende i Drg che dovrebbero essere propriamente effettuati in tale regime (si tratta di attività ambulatoriale svolta in d.s.?).

Nell'analisi effettuata si forniscono solo alcuni spunti di riflessione, in quanto l'obiettivo che ci si pone non è tanto quello di analizzare la mappa di analisi con pretesa di completezza bensì dimostrare le potenzialità dello strumento di rispondere a finalità conoscitive legate al contesto e agli obiettivi che di volta in volta si pongono come prioritari.

La raccolta dei dati della mappa è avvenuta attingendo a differenti fonti. I dati di esito, risultato e gran parte dei dati di attività e di valore sono stati reperiti utilizzando flussi disponibili in Agenzia regionale sanitaria (principalmente le Ssd); i dati di contesto, struttura e costo e una parte dei dati di valore e di attività sono stati forniti direttamente dalle aziende. In particolare, è stata inoltrata una scheda di richiesta dati agli uffici controllo di gestione con l'indicazione dei criteri di raccolta degli stessi, in modo da disporre di informazioni quanto più omogenee.

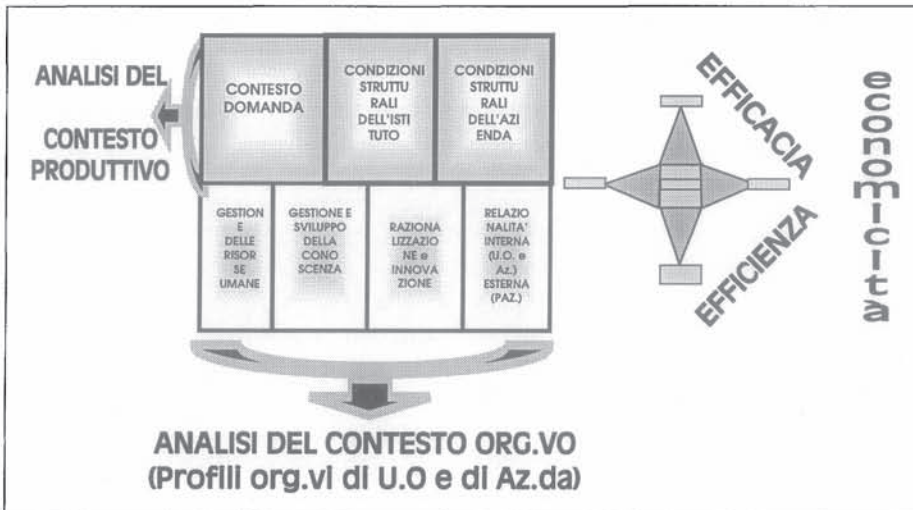
La precisazione sulle differenti fonti è necessaria per la corretta lettura degli indicatori elaborati per ciascuna U.o. Quelli relativi a dati di provenienza aziendale devono infatti essere filtrati tenendo conto che le eventuali anomalie o discordanze rispetto alle altre Uu.oo. e ai valori di riferimento regionali, possono dipendere non solo da fattori «oggettivi» ma anche dalla non completezza o omogeneità dei dati forniti. Nonostante siano state date indicazioni sui criteri da utilizzare per elaborare i dati, ciascuna azienda dispone di differenti sistemi di raccolta dati. È ovvio che, nel tempo, l'applicazione costante di modelli di analisi come quello elaborato può e deve indurre le aziende a raccogliere dati sempre più analitici e quindi aggregabili in base alle differenti finalità conoscitive.

5. Evoluzione della mappa di analisi sistemica: l'analisi organizzativa

Come si evince dalla figura 4 — disegnata sulla falsa riga dello schema utilizzato da Porter (1999) per descrivere la «catena del valore» — se la finalità di un'unità organizzativa è quella di generare economicità, e se l'analisi integrata attraverso il modello a stella è in grado di fornirci elementi sulla capacità-potenzialità di produzione dell'unità organizzativa, oltre alle logiche di confrontabilità cui si è precedentemente fatto cenno, è necessario prendere in considerazione anche elementi del contesto organizzativo, tra i quali i meccanismi operativi, in grado di incidere, positivamente o negativamente, sulle potenzialità produttive ed in grado di dare un quadro complessivo del «valore» dell'U.o., che non trascuri i processi di innovazione (appropriatezza, accreditamento, ...) in corso.

Si tratta, in altre parole, di ampliare la mappa di analisi sistemica, inclu-

Figura 4 - I fattori correttivi nel processo di contestualizzazione



per realizzare un confronto tra le diverse Uu.oo. di chirurgia.

In quest'analisi è, però, necessario fare riferimento anche alle caratteristiche del più ampio contesto aziendale, dato che avrebbe poco senso indagare, per fare un esempio, le caratteristiche del posizionamento dell'U.o. nel processo di *budgeting* o il livello di sviluppo delle politiche delle risorse umane senza conoscere quali sono le caratteristiche di questi elementi nel più ampio contesto aziendale. Appare ovvio, infatti, che alcuni strumenti gestionali tendono a raggiungere un accettabile livello di sviluppo, all'interno delle singole Uu.oo., soltanto nei contesti aziendali nei quali i «mecca-

dendovi dati relativi ad alcune aree fondamentali che caratterizzano la vita del contesto organizzativo che, oltre a possedere un valore in sé in quanto espressione del livello di sviluppo organizzativo raggiunto, possiedono in dubbio potenzialità di influenza sulla capacità di produzione dell'U.o. oggetto di indagine.

Per rispondere a questa esigenza di analisi, sono state identificate le aree di gestione dell'organizzazione ritenute più importanti in rapporto alla loro potenzialità di influenza della produzione, cioè:

- area di sviluppo della conoscenza;
- area di gestione delle risorse umane;
- area della relazionalità;
- area della razionalizzazione/innovazione (vedi tabella 3).

Questo livello di analisi, oltre a fornire elementi di conoscenza che possono permettere di inquadrare meglio alcune problematiche presenti nella produzione dell'U.o. presa in considerazione (si pensi, ad esempio, alla influenza della gestione dei sistemi premianti sulle *performance* produttive di un'U.o.), costituisce una base utile

Tabella 3 - Aree per l'analisi della gestione dell'organizzazione

Le aree prese in considerazione sono state le seguenti:

Area di sviluppo della conoscenza

Obiettivo:

— costruire un profilo dell'organizzazione rispetto alle capacità di generazione della conoscenza (produzione di dati, uso dei dati, sviluppo di attività di ricerca, ...), essendo tale capacità strettamente intrinseca con le capacità/potenzialità di analisi, di verifica, di pianificazione, e, pertanto, di gestione complessiva dell'organizzazione.

Area di gestione delle risorse umane

Obiettivo:

— costruire un profilo dell'organizzazione rispetto alle capacità di gestione di alcune aree fondamentali per la gestione delle risorse umane, quali la gestione dei processi di valutazione, delle risorse della formazione, dei processi di partecipazione interni. È risaputo, infatti, che il clima e l'ambiente complessivo influenzano profondamente la vita organizzativa e le stese capacità produttive di un'organizzazione.

Area della relazionalità

Obiettivo:

— costruire un profilo dell'organizzazione rispetto alle capacità di gestione delle «relazioni», essendo questa una delle aree indubbiamente più critiche e complesse. In particolare, è importante prendere in considerazione sia la relazionalità interna all'U.o. (conflittualità, ...), sia la relazionalità interna all'Azienda (come l'U.o. si posiziona rispetto alle relazioni con i piani strategici aziendali, il *budget*, etc.), sia la relazionalità esterna (rispetto ai pazienti, prendendo, quindi, in considerazione anche parametri diversi dall'analisi prettamente clinica, quali l'informazione, la soddisfazione, ...).

Area della razionalizzazione/innovazione

Obiettivo:

— costruire un profilo dell'organizzazione rispetto alle capacità di innovazione, con particolare riferimento alle tre aree-chiave di sviluppo organizzativo: appropriatezza-profilo di assistenza, tempi di attesa, accreditamento. Queste rappresentano aree prioritarie di sviluppo del sistema sanitario per la Regione Marche.

nismi operativi» e i relativi strumenti siano ampiamente assunti e sviluppati a livello centrale.

In altre parole, pur nell'importanza che le responsabilità di *line* rivestono nella gestione dell'organizzazione (e non soltanto della produzione), lo sviluppo o meno di alcune leve organizzative (gestione del personale, partecipazione al processo di *budgeting*, sviluppo dell'appropriatezza, ...) non è imputabile *tout court*, in modo decontestualizzato, alle specifiche micro-realtà (vedi figura 5).

In sostanza, la mappa di analisi sistemica a stella, dapprima ipotizzata e successivamente testata attraverso l'uso di dati reali ed il confronto con le Direzioni sanitarie aziendali, si presenta come una mappa completa e unitaria, seppur diversificata, che mette in relazione elementi di conoscenza inerenti non soltanto alle capacità, ma anche alle potenzialità di gestione della produzione da parte dell'unità oggetto di analisi, e che mette in luce lo stato dei meccanismi operativi ed i processi innovativi in atto.

Va precisato che, contrariamente alla prima parte della mappa (quella mirata ad analizzare i parametri di produzione: struttura, costi, etc.), per la quale è stata effettuata un'esaustiva fase di sperimentazione con la raccolta e l'uso dei dati specifici nelle varie realtà aziendali, per la seconda parte della mappa, costituita dai dati di contesto organizzativo, è ancora in corso la fase di sperimentazione e non è pertanto possibile presentare un risultato finale anche se l'impianto generale ha avuto il consenso unanime dei Direttori sanitari delle Aziende.

6. Riflessioni finali

La mappa di analisi sistemica origina dalla necessità di integrazione tra «saperi» (e componenti) differenti per ottenere il massimo risultato in termi-

ni di gestione della produzione e di gestione dell'organizzazione. Essa si basa sullo sviluppo di vari livelli di correlazione:

— correlazione tra indicatori inerenti alle diverse aree con le quali usualmente si valuta la produzione (struttura-risorse, costi, ricavi, attività, risultati);

— correlazione tra gli indicatori di produzione suddetti e gli indicatori che caratterizzano il contesto nel quale l'U.o. oggetto di analisi si trova ad operare (caratteristiche dell'istituto e dell'azienda, struttura della domanda e dell'offerta);

— correlazione tra il fabbisogno di analisi dal punto di vista aziendale ed il fabbisogno di analisi dal punto di vista regionale;

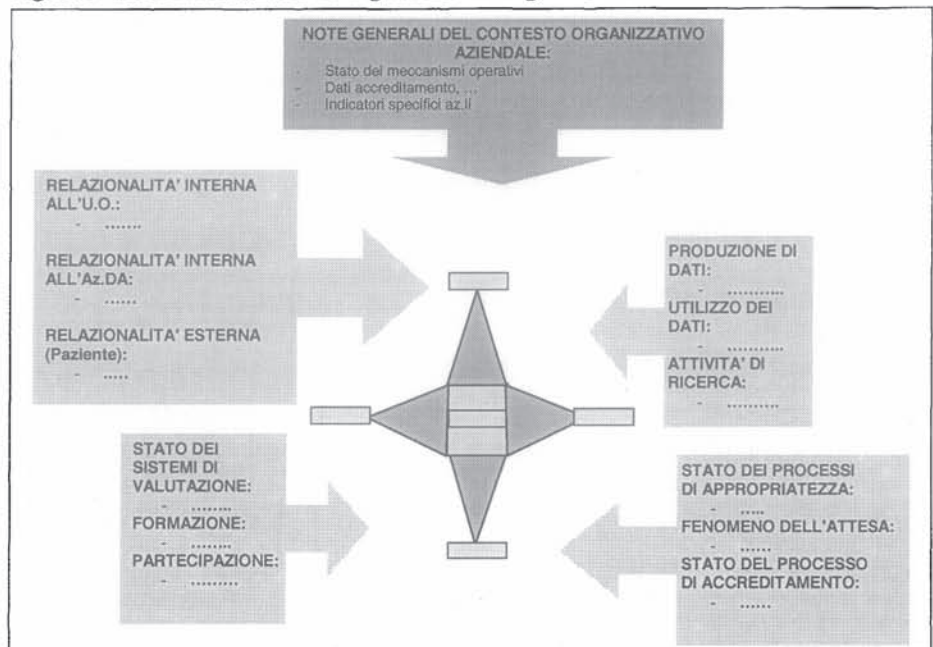
— correlazione tra indicatori di produzione e indicatori che esprimono il livello di sviluppo organizzativo raggiunto dall'U.o. oggetto di studio in relazione a particolare aree-chiave, quali la gestione delle risorse umane, l'accreditamento, etc., aree che hanno un'indubbia refluenza sulle capa-

cià/potenzialità di produzione dell'U.o.

Per rispondere a queste esigenze, la mappa di analisi sistemica prevede diversi livelli di approfondimento mirati a realizzare un'analisi integrata, sia per quanto riguarda le sue capacità/potenzialità di gestione della produzione (stella), sia per quanto riguarda le sue capacità/potenzialità di gestione dell'organizzazione.

Oltre agli indicatori specifici per ciascuna area di dati considerata, la mappa di analisi sistemica ha tenuto in considerazione, come sfondo imprescindibile, dati ed indicatori «di contesto», nella prospettiva di utilizzare il modello per effettuare un confronto interaziendale tra diverse U.o. di chirurgia. A tale scopo sono stati creati tre *cluster* in linea di massima omogenei sulla base della classificazione definita dal Psr: aziende ospedaliere, poli ospedalieri e ospedali di rete. Nello stesso senso, l'unità operativa di chirurgia è stata considerata nel più ampio ambito relativo all'istituto di appartenenza (presidio), e, a sua volta,

Figura 5 - Struttura di analisi della gestione dell'organizzazione



l'istituto è stato considerato nell'ambito della struttura che lo racchiude, ovvero l'azienda. L'U.o. di chirurgia rappresenta, pertanto, un sottosistema inserito in sistemi via via più complessi che lo inglobano e ne influenzano l'organizzazione e la produzione, così come rappresentato nella figura 6.

Questo inquadramento «per sistemi concentrici inglobanti» permette di raggiungere un livello d'analisi ampiamente esauriente dell'U.o. di chirurgia (vedi figura 7).

Pare utile sottolineare come questa premessa sia valida non soltanto per quanto riguarda direttamente la «produzione» (la presenza o meno della rianimazione inficia nel bene e nel male la produzione chirurgica), ma anche per quanto riguarda la gestione dell'organizzazione (profili di sviluppo organizzativo).

Infatti, la produzione non può essere analizzata al di fuori di un'analisi del più ampio contesto organizzativo, che prenda in considerazione tutte quelle variabili (la gestione delle risorse umane, il processo di *budgeting*, la formazione, etc.), che hanno una forte refluenza sulla potenzialità produttiva dell'U.o. presa in considerazione.

Siamo coscienti che non si tratta di una mappa esaustiva, ma di un disegno ancora da perfezionare e da approfondire anche attraverso la sperimentazione su altri oggetti di analisi. Si tratta, però, indubbiamente di un buon primo passo verso l'affermarsi di una nuova logica di analisi integrata utilizzando quanto viene offerto da differenti saperi.

Un obiettivo fondamentale della sperimentazione, che è possibile senza dubbio ritenere sufficientemente raggiunto, è stato quello di «sperimentare concretamente» l'applicazione attraverso la selezione di un «set minimo» di indicatori e attraverso la prova della mappa di analisi sistemica sui dati rea-

li del contesto regionale. Ciò ha permesso una ricalibratura della mappa e un'ulteriore pulizia di scorie superflue o inappropriate.

Un altro obiettivo fondamentale della sperimentazione è stato quello di realizzare un disegno «condiviso» tra i diversi attori, un disegno, cioè, non soltanto elaborato a livello centrale (la Regione), ma che coinvolgesse, come attori reali, i sistemi aziendali, in una

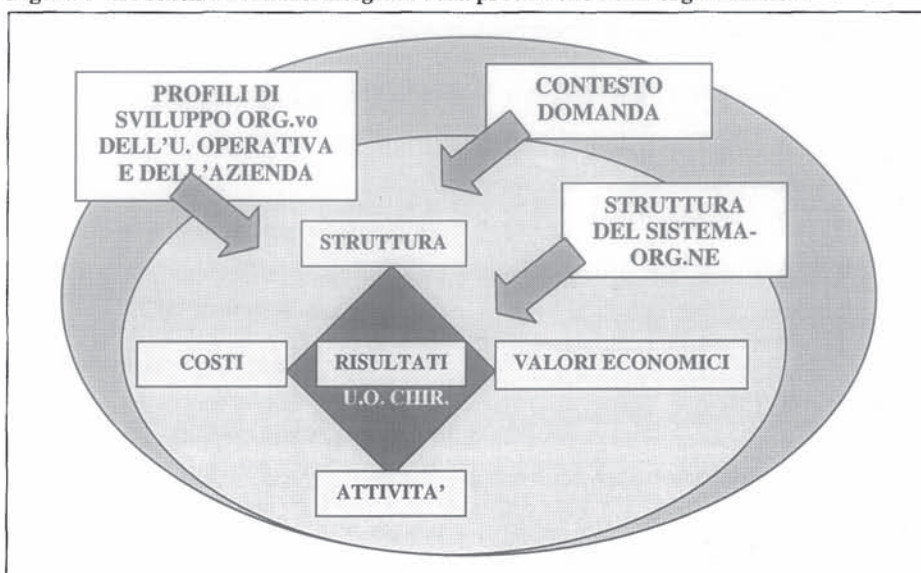
logica di reciprocità del rapporto. Anche questo obiettivo si può considerare sufficientemente raggiunto, considerato che sono stati attori co-costruttori di tutta l'esperienza i direttori sanitari delle Aziende della regione.

Un importante problema che occorre segnalare, al quale non è possibile in questa sede dedicare una riflessione aggiuntiva, è quello relativo al sistema informativo. Lo sviluppo concreto del

Figura 6 - L'U.o. di chirurgia come sottosistema di sistemi



Figura 7 - Lo schema di analisi integrata della produzione e dell'organizzazione



progetto ha fatto emergere, molto più di quanto già non si conoscesse, la problematica dei dati, non soltanto relativamente alla chiarezza degli *input* che li generano, ma anche relativamente alla loro affidabilità, alla loro potenziale utilizzabilità ed al loro reale uso.

Questo è stato un problema che, malgrado già affrontato in fase iniziale, ha accompagnato tutto l'*iter* di sviluppo del progetto e indubbiamente ancora non completamente risolto. Va da sé, comunque, che questo annoso tema rappresenta un nocciolo fondamentale, senza il quale non è immaginabile il passaggio da un modello teorico ad un disegno reale di uso dei dati per trarne informazioni affidabili ed individuare scelte appropriate conseguenti.

A conclusione, si ritiene opportuno segnalare un valore aggiunto scaturito nel corso dell'esperienza del gruppo di lavoro.

Appare di fondamentale importanza che, all'interno delle organizzazioni, si lavori, attraverso un processo cosciente, intenzionale ed un governo delle strategie organizzative, sulle «comunità di pratica». Queste ultime, come ben ci ricorda E. Wenger (2000), rappresentano, in un'organizzazione, le unità sociali di apprendimento, basate sulla comprensione (dei contenuti), sulla mutualità, sul repertorio comune. L'appartenenza ad una comunità, quale può essere quella degli endoscopisti o dei componenti del controllo di gestione, si basa sullo sviluppo di un'identità che origina dalla condivisione degli elementi di cui sopra. In questa prospettiva, anche la conoscenza è uno strumento di appartenenza e di identità.

Occorre, quindi, ampliare i confini delle identità degli operatori sanitari, attraverso la creazione di spazi di «multiappartenenza» generati dalle comunità di pratica. Lavorare assieme

a chi si occupa di contabilità analitica per una figura sanitaria (e viceversa), in una prospettiva di co-costruzione di riflessioni e di processi di lavoro, significa acquistare comprensione, mutualità, repertorio comune fuori dai confini della classica «appartenenza», significa nutrirsi dei «saperi di confine», acquisire una nuova identità e conseguentemente un nuovo modo di vedere le cose e di conoscere.

Ma proprio perché questo è un processo complesso e non facile, va presidiato in modo intenzionale, cosciente e strategico e richiede investimenti energetici non indifferenti. Implica, cioè, la costruzione e la gestione dei ponti tra spazi diversi, attraverso mediazioni (*networkers*, *leaders* di mediazione, ...), oggetti di confine (cartelle, schede ed artefatti in genere, processi comuni, ...), interazioni di confine (incontri, pratiche, ...).

Sulla base dell'esperienza direttamente vissuta dai componenti del gruppo di lavoro, appare fondamentale muoversi in questa direzione, che rappresenta indubbiamente la base per l'affermarsi concreto delle logiche dell'«apprendimento organizzativo» (Senge, 1992; Piccardo, 1995; Schein, 1996; Nonaka 2000), che stanno alla base di qualunque processo innovativo. In tal senso, si sottolinea il ruolo fondamentale che possono rivestire i dirigenti nel saper presidiare, all'interno delle organizzazioni, lo sviluppo delle «aree (e dei saperi) di confine» e delle comunità di pratica.

È su queste basi, e non soltanto sull'integrazione letta e parlata, che il concetto di integrazione può arricchirsi di significati reali. Come diceva G. Bateson (1976): «Non siamo interessati ad un individuo ipotetico esposto a un flusso impersonale di eventi, ma piuttosto a persone reali che hanno reti di relazioni emotive complesse con altre persone ...».

In ogni caso, una sperimentazione può costituire un valido riferimento, ma essa ha bisogno di un processo di contestualizzazione che deve tener conto non soltanto delle variabili strutturali che caratterizzano un'organizzazione, ma anche di quell'*humus* rappresentato dalla cultura, dai rapporti sociali, dai «tessuti di storie», per dirla con G. Bateson (1976), che caratterizzano un sistema organizzativo.

(1) Si è scelto volutamente, come primo oggetto di osservazione, un'unità operativa (di chirurgia generale) e non un macroaggregato (come un Dipartimento o una struttura più complessa). Si è infatti pensato che, per meglio verificare l'affidabilità e l'utilizzabilità di un modello di analisi, sarebbe stato più utile (sempur inizialmente più complesso) focalizzare l'attenzione dapprima su un livello micro. Questa scelta sembra essersi rivelata la più proficua, dato che ha permesso di raggiungere un buon livello di dettaglio, che facilita il passaggio ad un livello di macroanalisi.

(2) La premessa alla lettura integrata è che economicità è un concetto che ingloba il concetto di efficacia. Per definizione, infatti, «economicità» non significa considerare soltanto l'equilibrio economico-finanziario: tale concetto mette infatti al centro, innanzitutto, il pieno conseguimento delle finalità istituzionali dell'organizzazione. Sulla base di quanto detto, la differenziazione, nella lettura dei risultati, tra elementi quantitativi e qualitativi, tra costi ed efficacia, benché utile all'approccio analitico (la differenziazione genera informazione), è artificiosa e tende a generare, quando non viene ricondotta all'unitarietà del sistema, distorsioni interpretative e tendenze parziali nell'assunzione delle scelte gestionali.

(3) Con il termine mappa, indubbiamente preferibile a quello di «modello», si vuole caratterizzare un disegno flessibile che si adatta al contesto, può progressivamente evolversi e può essere costruito e fruito da diversi attori. Mappa richiama il famoso aforisma di Korzybski «La mappa non è il territorio», che ci ammonisce sulla parzialità e sulla limitatezza degli strumenti di conoscenza, e sulla conseguente necessità di superare le logiche autoreferenziali e la tendenza al controllo unilaterale del contesto (*con-textus*: tessuto insieme).

(Si ringrazia F. Prandi, responsabile dello staff dell'Asl di Reggio Emilia, per gli utili spunti di riflessione forniti).

(4) L. Reg. n. 34 del 20 ottobre 1998, par. 4.3.4, pag. 148.

(5) Per una fluente gestione delle mappe aziendale e regionale è stato messo a punto un programma *excel* — con il quale si rende più facile l'inserimento e l'incrocio dei dati — che sarà distribuito a tutte le Aziende sanitarie della regione, una volta conclusa la fase di sperimentazione applicativa.

BIBLIOGRAFIA

- ANSELMINI L. (1996), *L'equilibrio economico nelle Aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore Libri Ed., Milano.
- BATESON G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1984), *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
- BOCCHI G., CERUTI M. (1994), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- BORGONOV I. E. (1990), *Il controllo economico nelle Aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV I. E. (2000), «Quale evoluzione per i sistemi di *management* in sanità: sogno e realtà», *Tendenze nuove*, 1/2.
- CAPRA F. (1988), *Verso una nuova saggezza*, Feltrinelli, Milano.
- CAPRA F. (1998), *La rete della vita*, Sansoni.
- CASELLI R., LO MUTO C., PISANI E. (1999), «Valorizzazione dei processi di assistenza ospedaliera classificati in Drg's», *Mecosan*, 29.
- CASATI G. (a cura di) (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw, Milano.
- CERUTI M. (1999), *La danza che crea*, Feltrinelli, Milano.
- COLLINS LIONEL (SOUS LA DIRECTION) (1999), *Questions de contrôle*, Presses Universitaires de France.
- DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2001), «Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere», *Mecosan*, 36, pagg. 91-95.
- DI STANISLAO F., NOTO G. (2000), «Sviluppo organizzativo *quality-oriented*. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende sanitarie», *Mecosan*, 31, pagg. 23-35.
- FAVERO L., MONTAGUTI U., ZANETTI M. (1995), «La crisi degli indicatori tradizionali di utilizzazione dell'ospedale. Una ipotesi di «restauro». Nota 1: le basi teoriche e la metodologia», *L'ospedale*, anno XLVIII; 6.
- FEYERABEND P.K. (1991), *Dialoghi sulla conoscenza*, Sagittari Laterza, Bari.
- FRANCESCONI A. (1993a), «L'Activity-Based Costing nei servizi sanitari», *Economia & Management*, 1, pagg. 9-17.
- FRANCESCONI A. (1993b), «Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione», *Mecosan*, 5, 36-44.
- LAO-TZU (1973), *Tao Té Ching*, Adelphi, Milano.
- MANGHI S. (a cura di) (1998), *Attraverso Bateson*, Raffaello Cortina Ed. Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (1992), *L'albero della conoscenza*, Garzanti.
- MINSKY M. (1989), «La società della mente», Adelphi, Milano.
- MORIN E. (1983), *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione*, Feltrinelli, Milano.
- MORIN E. (1984), *Scienza con coscienza*, F. Angeli, Milano.
- MOROSINI L., ZANETTI M. (1983), «Gli indicatori sanitari», *Epidemiologia e prevenzione*, pagg. 19-20.
- MOROSINI L., PERRARO F., BARBONI E., DEL FABBRO L. (1992), «Introduzione alla valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera. Definizioni, metodi, pratica», *QA*, 3.
- NONAKA I. (1995), «Un'organizzazione capace di creare conoscenza», in E. Baldini, F. Moroni, M. Rotondi (a cura di), *Nuovi Alfabeti*, F. Angeli, Milano.
- PICCARDO C. (1995), *Empowerment*, Raffaele Cortina, Milano.
- PINNA PINTOR P. (1998), «Verifica di qualità dell'assistenza sanitaria tra procedure e risultati», *QA*, 3.
- PORTER M.E. (1999), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità.
- SCHEIN E.H. (1996), *Cultura d'azienda e leadership*, Guerini.
- SENGE P.M. (1992), *La quinta disciplina*, Sperling and Kupfer, Milano.
- SILVI R., IANNELLI G. (1994), «La gestione e la riduzione dei costi», *Economia & Management*, 4, pag. 67 e segg.
- VON BERTALANFFY L. (1971), *Teoria generale dei sistemi*, Istituto Librario Internazionale.
- WATZLAWICK P. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio.
- WENGER E. (2000), «Comunità di pratica e sistemi sociali di apprendimento», *Studi Organizzativi*, 01, pagg. 11-34.

IL PRUO COME STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE IN REGIME DI RICOVERO: L'AZIENDA SANITARIA DI BELLUNO

Lucio Di Silvio¹, Angelo Lino Del Favero¹, Antonio Capponi¹, Carlo Ramponi²

¹ Azienda ULSS n. 1, Belluno

² SDA-Bocconi

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'esperienza della Azienda sanitaria 1 di Belluno - 3. Conclusioni.

1. Introduzione

Il sistema assistenziale ospedaliero italiano è sottoposto, da ormai molti anni, ad una forte pressione verso lo sviluppo di una maggiore efficienza operativa. Numerose sono state le occasioni legislative per costringere gli amministratori delle aziende sanitarie ad adottare politiche per l'uso più efficiente della risorsa ospedaliera; di volta in volta i parametri di riferimento utilizzati sono stati il numero di posti letto % abitanti, il tasso di occupazione dei posti letto, il tasso di ospedalizzazione % abitanti, il numero assoluto di posti letto per presidio ospedaliero. Sulla base di tali indicatori, ogni amministrazione regionale era chiamata a sviluppare politiche di ristrutturazione della propria rete ospedaliera, attraverso riduzioni del numero di posti letto, chiusura di singoli presidi, rifo- calizzazione di altri presidi verso funzioni riabilitative.

Anche le politiche di finanziamento delle strutture sono cambiate per favorire il processo di ridefinizione della funzione ospedaliera; da sistemi dapprima fondati sul finanziamento dei fattori produttivi, per evolvere, nei tempi recenti ed in maniera ancora molto parziale, verso un sistema tariffario fondato sul sistema di classificazione delle dimissioni Drg. Nell'un

caso come nell'altro, e per ragioni talora opposte, la mancanza di adeguati strumenti di programmazione e di controllo (analisi del fabbisogno, determinazione delle modalità più efficienti di erogazione, definizione di rapporti contrattuali tra produttori — pubblici e privati — e regolatori, definizione di adeguati sistemi sanzionatori per il mancato rispetto delle regole pattuite) non ha consentito un adeguato governo della spesa ospedaliera.

Per contrastare tale andamento non sono bastati altri provvedimenti legislativi (Psn 1998-2000) che hanno introdotto il concetto di Livelli essenziali di assistenza, attraverso i quali si ipotizzava un riequilibrio del finanziamento a favore delle attività territoriali, sia di tipo assistenziale che preventivo.

A queste politiche è mancata la focalizzazione verso alcuni aspetti fondamentali che consentono di valutare l'appropriatezza d'uso dell'assistenza ospedaliera, ben oltre la valutazione di efficienza operativa come emerge dagli indicatori sopra richiamati; gli aspetti fondamentali a cui ci si riferisce sono:

— la precisazione della finalità dell'ospedale;

— le modalità di erogazione e le tipologie delle prestazioni erogate;

— l'efficacia sanitaria delle prestazioni erogate.

Al fine di ridurre i livelli di inefficienza raggiunti, alcune amministrazioni regionali hanno adottato una politica tendente sia a chiarire il ruolo e le funzioni dell'assistenza ospedaliera, sia a promuoverne l'uso appropriato (1).

In particolare la regione Veneto ha organizzato una ricerca finalizzata — che ha coinvolto otto aziende Ulss venete con 18 presidi ospedalieri. Sulla scorta di questa esperienza la Giunta regionale ha previsto la sistematica applicazione del protocollo PRUO per la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, facendo inoltre della riduzione dell'inappropriatezza, uno specifico obiettivo per la valutazione della performance delle Direzioni aziendali.

Il PRUO (Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale) consente di classificare come appropriate o inappropriate sia la giornata di ammissione che specifiche giornate di degenza, e permette di individuare i motivi sottostanti le ammissioni e le degenze non appropriate, sulla base della documentazione clinica routinariamente disponibile in ospedale.

Il protocollo PRUO assume che esista una gerarchia nei livelli di erogazione

zione dell'assistenza sanitaria basata sull'intensità e sulla complessità delle prestazioni. In particolare tale gerarchia è così articolata:

- 1) l'ospedale per acuti,
- 2) l'ospedale per subacuti,
- 3) la struttura di riabilitazione,
- 4) la struttura per lungodegenti,
- 5) la residenza protetta,
- 6) l'ambulatorio,
- 7) l'assistenza di base al domicilio.

Da tale assunto deriva che i livelli superiori saranno in grado di erogare tutte le prestazioni dei livelli inferiori; come ad esempio l'ospedale per acuti è in grado di fornire l'assistenza tipica dell'Assistenza domiciliare integrata, pur potendo erogare anche prestazioni più complesse.

In omaggio al paradigma economico della scarsità delle risorse un livello assistenziale più elevato non dovrebbe essere utilizzato per rispondere ad un bisogno di entità inferiore; se ciò si verificasse, si avrebbe un utilizzo improprio od inappropriato della struttura.

Il protocollo non si prefigge lo scopo di giudicare l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate, non entra nel merito delle conclusioni diagnostiche o delle decisioni cliniche del medico ma valuta esclusivamente le prestazioni erogate con riferimento alla esplicita gerarchia dei luoghi di assistenza ed alla tempistica (ed intensità) di erogazione

Il PRUO quindi non entra nel merito del processo decisionale del medico relativamente al processo di formulazione della diagnosi e di proposizione terapeutica, ma valuta la congruenza tra la sede della cura (ospedale per acuti), le modalità operative (giornate di degenza e specifici pacchetti assistenziali) con specifici bisogni assistenziali. Il protocollo PRUO opera nell'ambito dell'appropriatezza generica mentre altre metodologie sono di-

sponibili per la valutazione dell'appropriatezza clinica, specifica.

2. L'esperienza della Azienda sanitaria 1 di Belluno

La determinazione del livello di appropriatezza per i ricoveri ordinari, mediante lo strumento PRUO, per l'anno 2000 nella Azienda sanitaria n. 1 di Belluno, ha comportato l'esame di 861 cartelle cliniche. Il monitoraggio si è basato su una periodicità trimestrale. Il campionamento è stato eseguito sulla base di quanto prescritto dalla delibera regionale citata in precedenza, ed ha riguardato il 5% delle cartelle cliniche di pazienti dimessi dai quattro ospedali esaminati nel primo e secondo trimestre dell'anno, mentre nel terzo e quarto trimestre è stato del 10% per gli ospedali di Agordo Pieve di Cadore e Cortina d'Ampezzo. A partire dal 3° trimestre 2000 i ricoveri della sezione Putti di Cortina sono stati esclusi dal campione. Per come è costruito, il campione le stime di inappropriatezza sono maggiormente stabili a livello di intera azienda piuttosto che di singola struttura ospedaliera.

Nondimeno la presentazione dei risultati è per singolo ospedale ed unità operativa per dare modo di apprezzare come si forma il dato.

La tabella 1 evidenzia il numero di cartelle selezionate per ospedale.

I criteri PRUO, che permettono la corretta classificazione delle diverse giornate di degenza, sono differenziati per la giornata di ammissione in ospedale e per le singole giornate di degenza. Per la classificazione della giornata di ammissione essi si dividono in tre grandi categorie:

- a) criteri legati alle condizioni del paziente;
- b) criteri legati a prestazioni da eseguirsi nelle successive 24 ore e la cui esecuzione richiede il ricovero;
- c) criteri straordinari (di scavalamento od override).

I criteri per la classificazione della singola giornata di degenza sono divisi in quattro categorie principali:

- criteri legati alla necessità di eseguire prestazioni medico/chirurgiche;
- criteri legati alla necessità di prestazioni infermieristiche o di supporto vitale;
- criteri legati alle condizioni del paziente;
- criteri straordinari (di scavalamento od override).

Per considerare appropriata una giornata di ammissione o una singola giornata di degenza è sufficiente che almeno uno dei rispettivi criteri espliciti sia rintracciabile nella documentazione del paziente, senza aggiunte o interpretazioni o inferenze personali. Se nessuno dei criteri è stato soddisfatto il rilevatore giudicherà non giustificata (non appropriata) una deter-

Tabella 1 - Numero di cartelle cliniche del campione per l'anno 2000 suddivise per presidio

Presidi ospedalieri	Numerosità Campionaria (n. schede)	Ripartizione % per presidio
Belluno	476	55,28%
Agordo	134	15,56%
Pieve di Cadore	114	13,24%
Codivilla Putti Cortina	137	15,91%
Totale	861	100%

minata giornata di ammissione o giornata di degenza.

Quando l'episodio assistenziale esaminato (sia la giornata di ammissione che ogni successiva giornata di degenza) è classificato come non appropriato in base ai criteri di valutazione previsti, il protocollo prevede che debbano ricercarsi uno o più motivi dell'inappropriatezza.

La rilevazione dei motivi d'inappropriatezza serve a:

— interpretare correttamente le stime di inappropriatezza in modo da distinguere tra:

(i) condizioni indipendenti dalle decisioni di pertinenza dell'ospedale (presidio o azienda autonoma),

(ii) condizioni dipendenti dalle decisioni del *management* ospedaliero, per esempio legate a insufficienza dei servizi diagnostici o a mancanza di specifiche figure professionali,

(iii) condizioni dipendenti dal diverso grado di efficienza delle singole unità operative o dipartimenti,

— indirizzare la ricerca di interventi correttivi specifici e mirati.

Le analisi consentite dal protocollo possono, nello specifico caso, riguardare:

(i) l'intera azienda,

(ii) i singoli presidi,

(iii) le singole unità operative all'interno del presidio, o articolazioni ritenute utili ai fini del recupero di efficienza (dipartimenti, divisioni, strutture semplici).

Per ognuno di questi oggetti di riferimento si possono determinare:

(i) il numero di giornate inappropriate in ammissione,

(ii) il numero di giornate inappropriate in degenza,

(iii) i motivi di inappropriatezza per ciascuna delle giornate considerate.

L'analisi che segue considera i dati aziendali nel loro insieme e, per brevità espositiva, si focalizza sul presi-

dio di Belluno, tralasciando l'analisi relativa agli altri presidi; le considerazioni finali tuttavia sono applicabili a tutti i presidi della stessa azienda.

Nella prima scheda riassuntiva (tabelle 2, 3 e 4) sono riportati i dati di sintesi, riferiti ai periodi di rilevazione trimestrale. Da questa sintesi si evince che ben il 30,7% delle cartelle analizzate, è classificata come inappropriata dal punto di vista dei criteri di ammissione, mentre il numero di giornate di degenza inappropriate sale al 36,8%. Infine il numero di ricoveri totalmente inappropriati rappresenta l'11,3%.

La tabella 5 presenta le giornate inappropriate in ammissione, suddivise per presidio ospedaliero; da questa elaborazione si evince come il numero di schede inappropriate in ammissione sia percentualmente molto differente da presidio a presidio. Le possibili spiegazioni possono connettersi con la diversa dislocazione geografica dei presidi (non si deve dimenticare che il territorio dell'azienda bellunese è completamente montano), e le conseguenti diverse condizioni di viabilità, con le dimensioni, con la tipologia di specializzazioni presenti, ma anche con l'intensità con cui il *management*

Tabelle 2, 3 e 4 - Riepilogo monitoraggio trimestrale appropriatezza ricoveri ordinari anno 2000

Tabella 2 - Ammissione

Trimestre	N. schede campionate	N. schede inappropriate	% schede inappropriate
1°	208	74	35,6%
2°	190	64	33,7%
3°	233	65	27,9%
4°	230	61	26,5%
Anno 2000	861	264	30,7%

Tabella 3 - Degenza

Trimestre	N. giornate	N. giornate inappropriate	% giornate inappropriate
1°	1.783	633	35,5%
2°	1.938	728	37,6%
3°	1.949	793	40,7%
4°	1.643	536	32,6%
Anno 2000	7.313	2.690	36,8%

Tabella 4 - Ricoveri totalmente inappropriati

Trimestre	N. ricoveri esaminati	N. ricoveri Totalmente inappropriati	% ricoveri totalmente inappropriati
1°	208	36	17,3%
2°	190	19	10,0%
3°	233	22	9,4%
4°	230	20	8,7%
Anno 2000	861	97	11,3%

focalizza le proprie risorse innovative nei diversi presidi. Per quanto riguarda i presidi ospedalieri con la maggiore percentuale di ammissioni inappropriate, una possibile spiegazione si trova proprio in una differente modalità d'uso dell'ospedale per acuti, secondo quanto specificato nell'introduzione.

Nella tabella 6 sono riportate le giornate inappropriate in ammissione divise per unità operativa del presidio di Belluno. Le unità operative sono state elencate separando quelle di tipo medico da quelle chirurgiche. All'interno di questa separazione, sono poi state poste in ordine decrescente di % di schede inappropriate. Per 4 unità operative su 8 appartenenti all'area medica viene documentata una % di inappropriatezza superiore alla media del presidio, attestata su 24,37%, mentre solo 2 unità operative chirurgiche su 5 manifestano lo stesso risultato. Singolare appare la condizione della divisione di urologia, peraltro di particolare e riconosciuto valore clinico, che si attesta su valori più simili a quelli di una divisione internistica. Per questo parametro, nel complesso le divisioni di area medica manifestano il 25,4% di giornate inappropriate in ammissione, a confronto del 25% per le divisioni di area chirurgica, pertanto un comportamento all'ammissione sostanzialmente sovrapponibile.

Passando alle giornate di degenza inappropriate, la tabella 7 propone una visione sintetica della rilevazione sui 4 presidi ospedalieri. Diversamente da quanto evidenziato in tabella 5, in questa rappresentazione si nota un comportamento meno eterogeneo tra presidi; in generale si può affermare che nell'insieme dei presidi aziendali più di una giornata di degenza su tre è considerata inappropriata dal protocollo.

Ancora una volta questo tipo di analisi può essere portato a livello di

Tabella 5 - Giornate inappropriate in ammissione; riepilogo per ospedale, anno 2000

Istituto di ammissione	N. schede	N. schede inappropriate	% schede inappropriate
Ospedale di Belluno	476	116	24,37%
Ospedale di Agordo	134	50	37,31%
Ospedale di Pieve di Cadore	114	30	26,32%
Codivilla-Putti di Cortina	137	68	49,64%
ULSS	861	264	30,7%

Tabella 6 - Ospedale di Belluno. Giornate inappropriate in ammissione, per unità operativa, anno 2000

Reparto di ammissione	N. schede	N. schede inappropriate	% schede inappropriate
Geriatria	29	12	41,38%
Malattie infettive	16	6	37,50%
Medicina	51	16	31,37%
Neurologia	37	11	29,73%
Nefrologia e dialisi	10	2	20,00%
Oncologia medica	22	4	18,18%
Cardiologia	27	3	11,11%
Pneumologia	32	3	9,38%
Urologia	43	15	34,88%
ORL	43	12	27,91%
Chirurgia	58	14	24,14%
Ortopedia	66	14	21,21%
Oculistica	26	4	15,38%
Altri reparti	16	0	00,00%
Totale	476	116	24,37%

Tabella 7 - Giornate di degenza inappropriate; riepilogo per singolo presidio

Presidio	N. giornate complessive	N. giornate inappropriate	% giornate inappropriate
Ospedale di Belluno	3.939	1.270	32,2%
Ospedale di Agordo	1.284	635	49,5%
Ospedale di Pieve di Cadore	998	374	37,5%
Codivilla-Putti di Cortina	1.092	411	37,6%
ULSS	7.313	2.690	36,8%

singola unità operativa come dimostra la tabella 8 nella quale sono rappresentate le unità operative del presidio di Belluno, ordinate all'interno dell'area medica e dell'area chirurgica, secondo la percentuale decrescente di giornate di degenza inappropriate. Si nota come la divisione di geriatria conservi la prima posizione anche in termini di percentuale di giornate di degenza ritenute inappropriate, mentre nell'area chirurgica, è la divisione di ortopedia che manifesta la maggior percentuale di giornate inappropriate in degenza. Queste considerazioni confermano il meccanismo di funzionamento del protocollo; da un lato la casistica in ambito geriatrico che spesso esprime bisogni assistenziali diversi da quelli che dovrebbero essere soddisfatti appropriatamente in ambito ospedaliero e che potrebbero trovare adeguata risposta in «setting» assistenziali diversi; dall'altro le attività in ambito ortopedico che potrebbero trovare, dopo gli specifici atti chirurgici, risposte assistenziali non necessariamente legate al ricovero in ambito chirurgico — si pensa per esempio ad una eventuale degenza riabilitativa post-chirurgica —, o risposte assistenziali erogabili senza la necessità di ricovero; ed in questo caso si può fare riferimento alle attività riabilitative ambulatoriali o domiciliari.

Infine la tabella 9 che riporta il numero totale di ricoveri totalmente inappropriate, evidenzia i valori per singolo presidio, il valore medio aziendale e l'obiettivo regionale atteso per l'anno 2000. Come si vede l'obiettivo regionale viene significativamente rispettato nella dimensione aziendale, situandosi ad un valore del 11,3% contro un 14% valore obiettivo regionale.

La misura del numero di giornate inappropriate in ammissione ed in degenza, secondo il protocollo PRUO,

può dunque servire come tracciante — per quanto grossolano — per la misurazione dell'efficienza operativa; senza altre informazioni lascerebbe tuttavia sostanzialmente impossibile individuare le ragioni puntuali che hanno portato, come conseguenza, all'utilizzo inappropriato dell'ospedale stesso. A questa mancanza può sopperire la ricerca dei motivi della condotta inappropriata; la ricerca dei motivi consente di analizzare il valore globale di inappropriatezza (che, come noto, è misurato in giornate di degenza inap-

propriate o in ammissioni inappropriate), separandolo nelle sue componenti più importanti, e consentendo altresì di identificare possibilità di intervento tese a ridurre il fenomeno dell'inappropriatezza generica. I motivi sono aggregati in 6 differenti raggruppamenti, ognuno dei quali identifica problematiche specifiche che consentono di separare le differenti responsabilità che si riverberano nell'utilizzo della risorsa ospedale. Tali raggruppamenti di motivi sono di seguito sinteticamente descritti:

Tabella 8 - Ospedale di Belluno. Giornate inappropriate in degenza, per unità operativa, anno 2000

Reparto di degenza	N. giornate complessive	N. giornate inappropriate	% giornate inappropriate
Geriatria	458	289	63,1%
Medicina	632	259	41,0%
Neurologia	392	158	40,3%
Pneumologia	309	89	28,8%
Malattie infettive	128	35	27,3%
Nefrologia e dialisi	95	17	17,9%
Oncologia medica	161	24	14,9%
Cardiologia	211	31	14,7%
Ortopedia	516	176	34,1%
ORL	249	68	27,3%
Urologia	315	68	21,6%
Chirurgia	425	51	12,0%
Oculistica	48	5	10,4%
TOTALE	3.939	1.270	32,2%

Tabella 9 - Ricoveri totalmente inappropriate. Riepilogo per ospedale ed obiettivo regionale anno 2000

Presidio	N. cartelle	N. ricoveri totalmente inappropriate	% ricoveri totalmente inappropriate	Obiettivo regionale 2000
Ospedale di Belluno	476	47	9,87%	14%
Ospedale di Agordo	134	14	10,45%	14%
Ospedale di Pieve di Cadore	114	18	15,79%	14%
Codivilla-Putti di Cortina	137	18	13,14%	14%
TOTALE	861	97	11,3%	14%

- gruppo A: paziente in attesa di intervento ma....,
- gruppo B: paziente in attesa di eseguire esami,
- gruppo C: paziente in attesa di visita specialistica,
- gruppo D: paziente in attesa esito esami,
- gruppo E: altri motivi riferibili all'ospedale,
- gruppo F: motivi socio ambientali.

La tabella 10 identifica analiticamente i motivi rilevati durante il campionamento dell'anno 2000 presso i presidi dell'azienda bellunese. Questa rilevazione può naturalmente essere svolta per singolo presidio; si veda a titolo di esempio la tabella 11 relativa al solo presidio di Belluno. L'analisi di questa tabella dimostra:

— che i motivi socioambientali (gruppo F), che spesso sono invocati dagli operatori come causa extraospedaliera dell'impossibilità di ridurre le degenze, rappresentano solo il 10% delle giornate inappropriate;

— che il gruppo di motivi che dà conto del maggior numero di giornate inappropriate è il gruppo E (altri motivi riferibili all'ospedale) con il 53% di giornate inappropriate; in particolare il solo motivo n. 201 (sintomatologia lieve ma il curante ritiene utile trattenere il paziente) rende conto di ben 586 giornate inappropriate su 1270, pari ad una percentuale del 46%;

— che il gruppo B (paziente in attesa di eseguire esami) con il 23 % di giornate inappropriate ed il gruppo C (paziente in attesa di visita specialistica) con l'8% di giornate inappropriate, rappresentano i gruppi sui quali un intervento organizzativo di razionalizzazione potrebbe dare interessanti risultati;

— che il gruppo A (paziente in attesa di intervento) rappresenta una % decisamente bassa, a testimonianza

Tabella 10 - Motivi di inappropriatezza; dati complessivi anno 2000

Motivi di inappropriatezza	Descrizione	Numero giornate
Gruppo A: Paziente in attesa di intervento, ma		
112	In corso accertamenti preoperatori	59
113	In attesa di intervento	74
119	Altro	11
111	Sala oper. indis. per ragioni organizzative	2
Totale giornate		146
Gruppo B: Paziente in attesa di eseguire esami		
129	Endoscopia digestiva	55
143	Altro	1
140	Prove funz. respiratoria	8
137	Indagini urologiche dinamiche	4
133	Esami cardiologici non invasivi	28
130	Broncoscopia	4
128	Esami con isotopi	5
121	Radiologia convenzionale	80
126	RNN	24
125	<i>Doppler ecodoppler</i>	22
124	Metodiche radiologia invasiva	9
123	Ecografia (non cardiaca)	45
122	Tac	122
127	Esami ematochimici e bioumoriali	18
131	Esplorazione funzionale del sistema nervoso	7
Totale giornate		432
Gruppo C: Paziente in attesa di visita specialistica		
156	Oncologica	9
155	Ortopedica	7
154	Chirurgica	5
153	Oculistica	16
152	ORL	8
150	Cardiologica	8
162	Urologica	11
151	Neurologica	25
254	Altra visita	18
163	Nefrologica	4
166	Dermatologica	8
168	FKT	17
170	Internistica	3
253	Visita anestesiológica (non preoperatoria)	5
250	Ematologica	6
160	Psichiatrica	1
161	Ginecologica	3
Totale giornate		154

Segue tabella 10 - Motivi di inapproprietezza; dati complessivi anno 2000

Motivi di inapproprietezza	Descrizione	Numero giornate
Gruppo D: Paziente in attesa esito di esami		
183	Esami cardiologici non invasivi	6
198	Altro (es esami cito o istologici)	6
179	Endoscopia digestiva	5
175	Doppler ecodoppler	4
174	Metodiche radiologia invasiva	2
173	Ecografia (non cardiaca)	12
178	Esami con isotopi	2
171	Radiologia convenzionale	19
172	Tac	15
Totale giornate		71
Gruppo E: Altri motivi riferibili all'ospedale		
202	Iter diagnostico-terapeutico non definito	80
203	Ritardo compilazione documenti	1
204	Permesso	60
201	Sintomatol. lieve ma curante ritiene utile trattenere il pz	1180
Totale giornate		1321
Gruppo F: Motivi socioambientali		
205	Attesa trasferimento in altra struttura per acuti	2
221	Assistenza in strutture non per acuti indisponibile	26
214	Indisponibilità di strutture riabilitative	434
213	Difficoltà nei trasporti per esami/terapie	48
206	Attesa trasferimento in struttura non per acuti	52
210	Assistenza domiciliare indisponibile	4
Totale giornate		566

della sostanziale attenzione nei confronti dei bisogni della specifica utenza di un ospedale per acuti.

Infine la tabella 12 riporta un confronto tra gruppi di motivi rilevati per i differenti presidi dell'azienda bellunese, che conferma nella sostanza quanto rilevato a proposito dell'analisi dei motivi riguardanti il solo presidio bellunese, pur con alcune differenze riguardanti i presidi di Cortina e Agordo, con particolare riguardo al gruppo di motivi socioambientali.

3. Conclusioni

Quale può essere l'uso del PRUO nelle aziende sanitarie italiane? Il PRUO non può sostituire gli studi di appropriatezza clinica, anche se da questa potrebbe trarre in futuro ulteriori rinforzi scientifici. Può essere utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera? Può essere utile per aumentare l'efficienza dei singoli ospedali? Può essere di supporto ai processi programmatori in ambito aziendale?

Si consideri la tabella 13; come detto in precedenza, tramite l'identificazione dei motivi di inapproprietezza, vengono individuati gli scostamenti dal protocollo nel consumo di giornate di degenza. Con una semplice estrapolazione lineare dei dati raccolti, ipotizzando un fabbisogno annuo di ricoveri in regime ordinario in numero di 20.000, adottando la durata media della degenza che risulta dal campione analizzato (8,5 giorni), ed utilizzando il tasso di inapproprietezza rilevato nel campione (pari al 36,8%), il numero di giornate inappropriate/anno risulta pari a 62.560. Frazionando tale quantità sulla base della percentuale per gruppi di motivi di inapproprietezza, riportati nella tabella, si ottiene una dimensione teorica dell'inefficienza d'uso dell'assistenza ospedaliera. Inoltre, e solo a scopo speculativo, si può trasformare tale dimensione in posti letto equivalenti, dividendo il numero di giornate inappropriate per 365; in altri termini, a parità di *case mix*, si potrebbero produrre gli stessi ricoveri con un numero significativamente inferiore di giornate di degenza e di posti letto.

Scontando le condizioni ambientali, le caratteristiche della popolazione, le condizioni economiche, resta una parte importante per il miglioramento dell'efficienza d'uso dell'ospedale; tale parte è legata al comportamento del singolo medico curante, laddove decida di ritardare le dimissioni per precauzione (motivo 201 di inapproprietezza); ma anche al *management* del singolo presidio, o unità operativa laddove non siano adeguatamente garantiti efficienti percorsi diagnostico-terapeutici (gruppi B e C dei motivi). Al *management* aziendale compete più direttamente la responsabilità di identificare risposte a quelle condizioni di inapproprietezza che non dipendono direttamente dai medici ospeda-

Tabella 11 - Presidio di Belluno: motivi di inapproprietezza, anno 2000

Motivi di inapproprietezza	Descrizione	Numero giornate
Gruppo A: Paziente in attesa di intervento, ma		
113	In attesa di intervento	49
112	In corso accertamenti preoperatori	4
111	Sala oper. indispon. per ragioni organizzative	1
Totale giornate		54
Gruppo B: Paziente in attesa di eseguire esami		
122	Tac	82
121	Radiologia convenzionale	62
129	Endoscopia digestiva	35
123	Ecografia (non cardiaca)	25
126	RNN	24
133	Esami cardiologici non invasivi	18
125	Doppler ecodoppler	11
140	Prove funz. respiratoria	8
127	Esami ematocimici e bioumorali	5
124	Metodiche radiologia invasiva	5
128	Esami con isotopi	5
130	Broncoscopia	4
131	Esplorazione funzionale del sistema nervoso	3
137	Indagini urologiche dinamiche	2
143	Altro	1
Totale giornate		290
Gruppo C: Paziente in attesa di visita specialistica		
254	Altra visita	18
168	FKT	17
151	Neurologica	15
156	Oncologica	9
166	Dermatologica	8
150	Cardiologica	6
250	Ematologica	6
152	ORL	5
253	Visita anestesiologicala (non preoperatoria)	5
161	Ginecologica	3
154	Chirurgica	2
170	Internistica	2
153	Oculistica	2
Totale giornate		98
Gruppo D: Paziente in attesa esito di esami		
171	Radiologia convenzionale	17
198	Altro (es esami cito o istologici)	6
172	Tac	6
183	Esami cardiologici non invasivi	5
174	Metodiche radiologia invasiva	2
179	Endoscopia digestiva	1
Totale giornate		37
Gruppo E: Altri motivi riferibili all'ospedale		
201	Sintomatol. lieve ma curante ritiene utile tratt	586
204	Permesso	42
202	Iter diagnostico-terapeutico non definito	42
Totale giornate		670
Gruppo F: Motivi socioambientali		
214	Indisponibilit� di strutture riabilitative	69
206	Attesa trasferimento in struttura non per acuti	26
213	Difficolt� nei trasporti per esami/terapie	19
221	Assistenza in strutture non per acuti indisponibile	7
Totale giornate		121

lieri; il riferimento   ai gruppi F e E dei motivi.

Quale strategia si pu  delineare per l'azienda bellunese? Si potrebbe sintetizzare in due parole: formazione ed innovazione. La formazione principalmente orientata al personale medico per migliorare l'appropriatezza, dimostrando, dati alla mano, le origini dei comportamenti professionali inefficienti. Formazione anche sugli approcci innovativi per il miglioramento dei processi assistenziali: adozione di linee guida, implementazione di metodologie per il miglioramento della qualit , processi di *audit* clinico per garantire uguaglianza di trattamento sull'intero territorio aziendale.

Ma anche innovazione di processo assistenziale, attraverso l'adozione di modalit  assistenziali extra-ospedali quali assistenza domiciliare integrata, ma anche gestione diretta di particolari tipologie di pazienti da parte di medici di medicina generale all'interno di case di riposo dislocate sul territorio.

(1) (Del.G.R. del 30 dicembre 1997, n. 4783) «Valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera nella prospettiva dell'azienda Ulss. Creazione di una rete regionale per la sperimentazione del protocollo per la revisione dell'uso dell'ospedale (P.R.U.O.) nel Veneto».

BIBLIOGRAFIA

- GERTMAN P.M., RESTUCCIA J.D. (1981), «The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care», *Med. Care*, 19, pagg. 855-870.
- RESTUCCIA J.D., GERTMAN P.M., DAYNO S. (1982), «A method to determine inappropriate use of hospital resources: final report», *Health care finance administration*, Baltimore.
- APOLONE G. ET AL. (1991), «A survey of the necessity of the hospitalization day in an Italian teaching hospital», *Qual. Assur. Health Care*, 3, pagg. 1-9.

BRAGA G. ET AL. (1993), «L'uso appropriato della struttura ospedaliera», *Federazione Medica*, 8, maggio.

GRUPPO DI LAVORO PRUO (1994), «La valutazione dell'uso dell'ospedale: quadro di riferimento, strumenti di misurazione ed esperienze italiane», *Ricerca & Pratica*, agosto, 58.

LATTUADA L., FRANCESCUTTI C., BORGNOLO G., SIMON G., RIZZI L. (1998), «La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nell'esperienza del Friuli-Venezia Giulia», *Tendenze Nuove*, aprile/giugno, <http://www.fondazionemithkline.it/t298art2.htm>.

INDIRIZZI UTILI:

www.sanita.fvg.it/specializza/programmi/fr_pruo.htm: per disporre del manuale PRUO;

www.rand.org/publications/MR/MR1269/: per disporre del RAND-UCLA Appropriateness Method.

Tabella 12 - Confronti tra i motivi di inapproprietezza dei presidi ospedalieri, anno 2000

	Belluno		Cortina		Agordo		Pieve di Cadore	
	GG	%	GG	%	GG	%	GG	%
GRUPPO A: Paziente in attesa di intervento, ma	54	4,3%	19	4,6%	55	8,7%	18	4,8%
GRUPPO B: Paziente in attesa di eseguire esami	290	22,8%	1	0,2%	97	15,3%	44	11,8%
GRUPPO C: Paziente in attesa di visita specialistica	98	7,7%	0	0,0%	43	6,8%	13	3,5%
GRUPPO D: Paziente in attesa esito di esami	37	2,9%	0	0,0%	9	1,4%	25	6,7%
GRUPPO E: Altri motivi riferibili all'ospedale	670	52,8%	190	46,2%	202	31,8%	259	69,3%
GRUPPO F: Motivi socioambientali	121	9,5%	201	48,9%	229	36,1%	15	4,0%
TOTALE	1270	100%	411	100,0%	635	100,0%	374	100,0%

Tabella 13 - Estrapolazione per un fabbisogno stimato di 20.000 ricoveri/anno

Motivi di inapproprietezza	Totale		Ipotesi simulazione	
	GG.	%	GG.	P.L. EQ.TI
GRUPPO A: Paziente in attesa di intervento, ma	146	5,43	3.395	9
GRUPPO B: Paziente in attesa di eseguire esami	432	16,06	10.047	28
GRUPPO C: Paziente in attesa di visita specialistica	154	5,72	3.582	10
GRUPPO D: Paziente in attesa esito di esami	71	2,64	1.651	5
GRUPPO E: Altri motivi riferibili all'ospedale	1321	49,11	30.722	84
GRUPPO F: Motivi socioambientali	566	21,04	13.163	36
TOTALE	2690	100	62.560	171
Stima delle giornate inappropriate	N. ricoveri/anno	Degenza media	Tasso inappropriatezza	N. giornate inappropriate
	20.000	8,5	36,8	62.560

ANALISI STRUTTURALE E FUNZIONALE DI UN DISTRETTO SOCIO SANITARIO IN UNA AZIENDA SANITARIA DELLA REGIONE VENETO

Dario Zanon, Simonetta Scaramagli

Azienda U.L.S.S. n. 10

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il contesto: l'Azienda sanitaria n.10 del Veneto orientale - 3. Analisi strutturale e funzionale del distretto n. 1 - 4. Verso quale modello di distretto si sta andando? - 5. Conclusioni.

1. Premessa

Nella normativa statale più recente il distretto è stato oggetto di particolare attenzione sia nel Psn 1998-2000, nel D.L.vo n. 502/92 che nel D.L.vo n. 229/99.

Con D.L.vo n. 229/99 il legislatore ha prefigurato un modello distrettuale di tipo strutturale individuando il distretto come una macrostruttura aziendale dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, attraverso la quale l'Azienda sanitaria assicura l'assistenza primaria con interventi sia sanitari che socio-sanitari, garantiti anche in funzione di coordinamento con le rimanenti attività svolte dagli altri dipartimenti e servizi aziendali compresi i presidi ospedalieri (art. 3-*quater* del D.L.vo n. 229/99). Se con il D.L.vo n. 502/92 il distretto veniva individuato come una struttura operativa deputata alla produzione di servizi con il D.L.vo n. 229/99, esso assume il carattere di una area di governo (art. 3-*quater*).

La Regione Veneto che ha optato per un modello basato sulla centralità della Azienda sanitaria non scorporando gli ospedali dalle Aziende territoriali (Longo F., 1999) ha indubbiamente

anticipato la normativa nazionale prevedendo dapprima l'istituzione del distretto socio sanitario (L. reg. n. 56/94), connotandolo come una delle tre macrostrutture aziendali assieme all'ospedale e al dipartimento di prevenzione e successivamente adottando un piano unitario, di programmazione sia sociale che sanitaria (L. Reg. n. 5/96, piano socio sanitario). Diverse esperienze maturate nel territorio regionale sono in linea con gli indirizzi nazionali per la definizione di quel contesto operativo necessario a garantire e coniugare prestazioni sanitarie, prestazioni socio-sanitarie e prestazioni socio-assistenziali. Permangono comunque alcune debolezze e limiti strutturali del sistema che rallentano il pieno sviluppo della struttura distrettuale. Debolezze che attengono al ruolo ed alle funzioni dei medici di medicina generale, alla formazione dei direttori di distretto, ed alla difficoltà di integrazione sul territorio tra sanitario e sociale (Maciocco G., 2000).

2. Il contesto: l'Azienda sanitaria n. 10 del Veneto orientale

La Azienda sanitaria n. 10 è il frutto della fusione, nel 1995, della ex Ulss n. 10 di San Donà di Piave (ab.

102.886 con 5 distretti socio sanitari) e della n. 14 di Portogruaro (ab. 90.802 con 4 distretti socio sanitari). Ha una popolazione totale di 196.842 ab., una superficie di 1.062,4 Km² che ne fa la terza azienda del Veneto per estensione territoriale ed una densità di popolazione pari a 185 ab/Km² che la pone tra le meno densamente abitate. Il territorio di pianura non presenta grandi ostacoli per la viabilità ed è caratterizzato dalla presenza di 4 grandi spiagge con 14 milioni di presenze turistiche.

Sul territorio della Azienda sono presenti 3 presidi ospedalieri (678 p.l.) e una struttura privata preaccreditata (110 p.l.). Sono presenti 6 strutture residenziali per anziani non autosufficienti con una offerta di 422 p.l. e 4 strutture residenziali per disabili per 49 p.l. La Azienda sanitaria risulta articolata in 5 distretti socio sanitari. I nuovi distretti sono stati istituiti nel 1995, attenendosi alle indicazioni della Regione che con la L. Reg. n. 56/94 aveva previsto la creazione di un distretto «forte». Dopo una prima (9/95) fase di organizzazione provvisoria dei distretti è seguita dopo un anno di sperimentazione una organizzazione definitiva (9/96) con la strutturazione di 5 distretti in unità operative. Sulla ba-

se dell'esperienza maturata nella conduzione dei precedenti distretti si è evidenziato che la non coincidenza degli aspetti gerarchico e funzionale costituiva un fattore di intrinseca e notevole debolezza per lo sviluppo dei servizi territoriali. Pertanto si è optato fin dall'inizio per una necessaria e netta separazione in sede periferica delle attività e delle risorse umane e materiali impiegate per lo svolgimento delle attività del dipartimento di prevenzione (fatte salve eventuali sedi comuni), per il superamento dei settori materno infantile ed età adulta e dei servizi sociali intesi come gestione centralizzata assegnando tutte le risorse operative ai distretti.

Nella definizione delle Uu.oo. si è optato per un modello organizzativo misto con Uu.oo. di tipo verticale, che comprendessero i servizi rivolti a tutta la popolazione, e Uu.oo. trasversali per area omogenea. I referenti di area, posti in *staff* alla direzione strategica, non hanno assunto compiti di gestione, ma di solo supporto alla programmazione aziendale.

3. Analisi strutturale e funzionale del distretto n. 1

Il distretto n. 1 è il più ampio della Ulss ed è il prodotto della fusione di tre precedenti distretti (rispettivamente di 12.797, 9.199 e 46.142 ab.); comprende 7 Comuni per un totale di 70.630 ab., presenta un indice di vecchiaia pari a 129, un indice di dipendenza pari a 44 ed il 17,3% di ultrasessantacinquenni. Al momento della istituzione nel 1995 le attività principali già svolte al proprio interno con responsabilità e risorse affidate al responsabile di distretto erano le seguenti: attività igienistica, consultorio pediatrico, medicina scolastica, assistenza infermieristica domiciliare, consultorio familiare, assistenza all'*handicap* domiciliare e scolastica.

Nel distretto operavano già dalla fine anni '80, servizi sanitari e sociali dell'azienda, ancorché le dimensioni ridotte, la scarsità di risorse, e la rilevante attività igienistica delegata dal settore igiene pubblica, rendessero difficile l'operatività sul versante assistenziale. Utilizzando un linguaggio di alcuni ricercatori il distretto poteva essere definito come un «distretto evoluto» ma non ancora come un «distretto integrato» (Longo F., 1999); infatti il coinvolgimento dei Mmg era scarso e assente il lavoro congiunto con le amministrazioni comunali. La trasformazione del distretto n. 1 in struttura con ambito territoriale di 70.000 abitanti, ha necessariamente comportato una trasformazione dell'organizzazione in «unità operative» (U.o.), ai fini di garantire la funzionalità/economicità dei servizi territoriali. Il distretto è articolato fisicamente su una pluralità di presidi e cinque sedi periferiche comunali che fungono come momento di erogazione decentrata di una unica struttura organizzativa. Si è ritenuto di mantenere quella presenza capillare anche fisica sul territorio che aveva contraddistinto i precedenti distretti, garantendo in alcune sedi comunali una attività amministrativa, di prelievo ematico e di consultorio familiare per rendere possibile una agevole fruizione di alcuni servizi. Le unità operative del distretto n. 1 sono state così individuate:

area amministrativa per le attività rivolte al pubblico (anagrafe sanitaria, CUP, cassa, ...) alla quale si aggrega la direzione distrettuale; U.o. assistenza sanitaria base che comprende i seguenti principali servizi e interventi: Uod, Mmg/Pls, continuità assistenziale, medicina turistica, ass. farmaceutica, ass. domiciliare, ass. residenziale extraospedaliera; U.o. assistenza sanitaria specialistica che comprende i seguenti servizi e interventi: ass. protesica, ass. integrativa, ass. ter-

male, ass. specialistica ambulatoriale; U.o. sociale con i seguenti servizi e interventi principali servizi e interventi di integrazione sociale, scolastica e domiciliare dei portatori di *handicap*, ass. socio educativa ai minori; U.o. consultorio familiare che comprende i seguenti servizi e interventi: consultorio familiare, consultorio ostetrico-ginecologico, servizio tutela minori; U.o. neuropsichiatria infantile; U.o. centro educativo occupazionale diurno; U.o. tossicodipendenze (di cui al P.O. regionale tossicodipendenze e al D.M. n. 444/90 e alla Del. G.R.V. 2217/99 sul dipartimento funzionale delle dipendenze); U.o. salute mentale che comprende servizi e interventi svolti dalla *équipe* pluriprofessionale, in particolare: Centri di salute mentale (Csm) con funzioni di ambulatorio, centro diurno e *day hospital* territoriale, Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) con funzioni di ricovero ordinario e diurno, Comunità terapeutica residenziale protetta (Ctrp), Comunità alloggio e appartamento protetto.

Per migliorare l'erogazione dei servizi delle cure primarie a fine 1999 è stata individuata una soluzione organizzativa che ha portato alla costituzione di una unica U.o. di assistenza sanitaria territoriale (U.o. Ast) al posto delle Uu.oo. Asb e Asst, a cui competono le responsabilità cliniche e di produzione dei servizi sanitari (l'ass. di medicina generale, l'ass. specialistica ambulatoriale extraospedaliera, l'ass. domiciliare, l'ass. residenziale e semiresidenziale).

A capo di ciascuna U.o. è nominato un responsabile di unità operativa che ha la responsabilità tecnico-funzionale della stessa, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi prefissati, nei limiti del budget assegnato e nel rispetto dei programmi di lavoro. La responsabilità delle Uu.oo. sanitarie è stata affidata ad un dirigente medico

di 2° livello, per le Uu.oo. sociali al personale nominato è stato riconosciuto un incentivo economico. I momenti di responsabilità nell'ambito del distretto, considerata la verticalità del rapporto gerarchico all'interno dell'azienda, si configurano secondo il seguente modulo «ogni operatore risponde al responsabile della propria U.o., il quale risponde al responsabile del distretto, che a sua volta si rapporta con il vertice aziendale». Le Uu.oo. di Npi, Sert, Salute mentale e CEOD hanno valenza interdistrettuale assicurando la attività anche per il distretto n. 2 (35.000 ab.); il rapporto gerarchico è comunque in capo al responsabile del distretto n. 1 a cui la U.o. è stata assegnata e ne dipende per la assegnazione del *budget*. Al responsabile di distretto spetta la gestione del *budget*, la direzione degli operatori assegnatigli, il coordinamento degli obiettivi quali quantitativi prefissati dalla direzione della azienda, è responsabile delle funzioni organizzative della intera struttura operativa; nell'ottica della integrazione socio sanitaria, risponde congiuntamente ai direttori sanitario e dei servizi sociali, esercita la vigilanza ed il potere disciplinare su tutto il personale del distretto; ricopre il ruolo di dirigente di livello e funzione apicale in posizione gerarchicamente sovraordinata a tutto il personale incardinato e assegnato al distretto. Successivamente nel 1998 con un regolamento aziendale in attuazione del D.L.vo n. 29/93 e n. 80/98 sono stati distinti e dettagliati i compiti della direzione generale e i compiti delle direzioni delle strutture operative della Azienda sanitaria n. 10, nonché di ciascuna U.o. L'articolazione in unità operative con proprio responsabile si è dimostrata efficace per la realizzazione del modello di distretto «forte» prefigurato dalla normativa regionale e nazionale permettendo il superamento delle principali criticità, dimensione

ridotta, funzioni, organizzazione fragile, risorse scarse, debole collocazione nella struttura organizzativa aziendale, evidenziate nei distretti della Regione Veneto (Regione Veneto, 1999).

La fase di costruzione del distretto, ha permesso di raggiungere obiettivi concreti sia sul versante delle funzioni, che su quello della collocazione organizzativa interna all'azienda e delle risorse investite. Sul versante della funzioni il distretto è diventato, attraverso le proprie unità operative la struttura responsabile della organizzazione e dello sviluppo del polo assistenziale territoriale ed interlocutore di tutte le scelte organizzative e progettuali della Azienda sanitaria che coinvolgono l'assistenza extraospedaliera. Per raggiungere questo risultato la direzione distrettuale ha ritenuto strategico lavorare su alcune linee operative: a) portare sotto il governo del distretto tutti i servizi alla persona operanti nel territorio; b) istituire meccanismi operativi (ex coordinamento dei responsabili di unità operativa) per creare il senso di appartenenza alla nuova struttura; c) partecipare attivamente alla costruzione e stesura del piano di zona (1998); d) definire e consolidare la logica del *budget* di distretto (1° stesura anno 1998); e) potenziare le attività di assistenza domiciliare integrata ADI attraverso l'implementazione di un accordo di programma Ulss-Comuni (1998); f) utilizzare appieno lo strumento della Uod (definita dalle del. G.R.V. 2034/94 e del. G.R.V. 561/98, come la metodologia specifica per la valutazione e predisposizione dei piani individuali di assistenza per i casi più complessi di soggetti non autosufficienti anziani o disabili, ma anche per minori e pazienti psichiatrici o affetti da HIV) che rappresenta la porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi; g) garantire e realizzare l'integra-

zione socio sanitaria con l'ente Comune; h) coinvolgere i Mmg e Pls in forma singola ed associata su aspetti professionali quali la costruzione di linee guida all'interno di una azione di governo della domanda (*budget* del Mmg 1° ciclo 1999); i) interpretare appieno il ruolo di tutela del bisogno di salute del singolo e della comunità attraverso l'attenzione alle fasce deboli del Pssn.

In particolare si è dato forte impulso alla modalità di lavoro della Uod che ha enfatizzato la forza del modello organizzativo aziendale, tendendo a porre al centro la relazione erogatore utente e facendo sì che l'onere di sviluppare una risposta complessiva ed integrata (sociale e sanitaria e tra le specialità sanitarie) ricadesse sul distretto e non sulla capacità di ricomposizione dell'offerta da parte dell'utente. Ne è risultato che il distretto n. 1, per le funzioni complessive delle tre aree (governo, area sanitaria ed area integrazione socio sanitaria) esaminate nella ricerca regionale risulta posizionato al 3° posto sugli 84 distretti del Veneto (Regione Veneto, 1999).

Sul versante della collocazione nella struttura organizzativa aziendale la crescente prevalenza di pazienti anziani ed affetti da patologie cronico degenerative, da un lato, ed il tasso di inappropriatezza dell'ambito di cura all'interno delle strutture sanitarie dall'altro hanno comportato che il ruolo del distretto, in quanto struttura deputata al governo della rete assistenziale extraospedaliera ed al governo della medicina di base abbia trovato pari dignità del ruolo rispetto alla struttura ospedaliera. Tale ruolo a livello aziendale è stato riconosciuto al responsabile di distretto con una collocazione organizzativa retributiva pari a quello del dirigente medico della funzione ospedaliera. Il potere gerarchico su tutti i fattori produttivi territoriali, quali il personale, l'enfasi sul *budget*

di distretto con il riconoscimento del distretto come Cdr di II livello al quale sono subordinate gerarchicamente tutte le Uu.oo. distrettuali (Cdr I livello), l'introduzione del *budget* per la medicina di base hanno dato consistenza alla importanza strategica del distretto per la intera azienda, anche se è indubbio che i reali rapporti di forza organizzativi con la struttura non sono ancora del tutto coerenti con la architettura organizzativa della azienda.

Sul versante delle risorse investite lo spostamento verso la struttura distrettuale è stato notevole come evidenziato dalla tabella 1 (non viene riportata la dotazione organica dell'U.o. di salute mentale che nel 1995 risultava ancora divisa tra personale ospedaliero e territoriale).

Il distretto n. 1, con incardinati 176 dipendenti ed equiparabili, di cui 29 appartenenti alla U.o. di Salute mentale e non ricompresi nella tabella 1, è risultato, sulla base della ricerca regionale, essere in assoluto il più grande del Veneto e secondo per numero di operatori per mille abitanti (2,7 dip./1000 ab. - media regionale 0,8 dip./1000 ab.). Comprendendo anche gli operatori convenzionati e i medici SUMAI gli operatori totali del distretto sono risultati essere 202 pari a 3,1 operatori/1000 abitanti, valore tre volte superiore alla media regionale di 1/1000 ab). Questi valori sono conseguenza del fatto che, a fronte di una media regionale che vede incardinati

nei Distretti solo il 7% dei dipendenti totali delle aziende sanitarie ed il 26,2% di quelli extraospedalieri, nella Azienda sanitaria 10 tali percentuali sono del 19,2% e dell'83,2% posizionando l'Azienda n. 10 al primo posto in Regione Veneto per questi indicatori (tabella 2).

4. Verso quale modello di distretto ci si sta muovendo?

Due recenti seminari (1° Seminario nazionale sui distretti sanitari, organizzato dalla Pfizer a Roma dal 30 novembre al 2 dicembre 2000; 1° Seminario regionale sui distretti socio sanitari - Verona 19 dicembre 2000) hanno dimostrato la presenza di una realtà variegata ed una difficoltà di linguaggio pur in presenza di realtà che sicu-

ramente si stanno muovendo nella direzione di creare distretti capaci di assicurare tutte le risposte diagnostiche e terapeutiche extraospedaliere. In particolare nella Regione Veneto, ne è uscito un quadro del processo di distrettualizzazione definito dagli autori della ricerca «a macchia di leopardo per le disomogeneità notevoli fra le diverse aziende sanitarie ed a volte anche all'interno della azienda stessa. Solo un quinto dei distretti socio sanitari sono ritenuti di avanguardia per le funzioni esercitate, l'organizzazione interna, e l'assegnazione di risorse umane e finanziarie» (Regione Veneto, 1999). Da un punto di vista macrorrganizzativo il distretto n. 1, pur essendo risultato nella ricerca uno dei 10 Distretti «forti» del Veneto, non ha completato il passaggio da un sistema

Tabella 1 - Dotazione organica al 31 dicembre 1995 e ad aprile 1999

Unità operativa	Personale al 31-12-1995		Personale ad aprile 1999	
	Dipendente	Convenzionato	Dipendente	Convenzionato
Direzione distrettuale	7		12	
Assistenza sanitaria di base	5		16	
Assistenza san. special. terr.	11	7.5	18	19
Sociale	14		10	7
Consultorio familiare	5	2	11	2
SeRT	11		17	
NPI	12,5		16	
CEOD	18		19	
Totale	72,5	9.5	119	28

Tabella 2 - Dotazione organica ad aprile 1999

	Personale dipendente o equiparabile		Totale generale personale compreso convenzionati e SUMAI		Percentuale personale dipendente nei distretti sul totale personale Aulss	Percentuale personale dipendente nei distretti sul totale personale Aulss extraospedaliero
	N.	N./1000 ab.	N.	N./1000 ab.		
Distretto n. 1	176	2,7	202	3,1		
AULSS n. 10	363	1,9	432	2,2	19,2%	83,2%
Regione Veneto	3529	0,8	4688	1	7%	26,2%
Range R.V. (min-max)		6,1-0,1		7-0,1	2,3%-19,2%	8,9%-83,2%

settoriale/funzionale ad uno «divisionale puro» ancorché il trasferimento dei fattori produttivi alle dipendenze gerarchiche del responsabile del distretto sia stato attuato. Si è cercato, inizialmente di rispondere alla complessità del contesto distrettuale con un assetto organizzativo semplice e fortemente integrato, semplificando strutture e procedure, enfatizzando la professionalità degli individui e dando potere decisionale ad unità organizzative decentrate. La resistenza al cambiamento, l'incertezza e confusione nell'interpretare la macrostruttura deliberata, nonché la forza di alcuni attori interni, spingono però ancora per mantenere la prevalenza dell'aspetto tecnico funzionale su quello divisionale al fine di far prevalere un modello «Dipartimentale», allontanando il reale assetto dal deliberato aziendale (Caccia C., Longo F., 1994). Si è venuto così a creare un distretto con un «modello misto» (distretto puro con alcune U.o. a prevalente contenuto tecnico funzionale). Questo modello si trova ora ad affrontare la problematica connessa alla istituzione di due Dipartimenti funzionali aziendali, il Dipartimento di salute mentale ed il Dipartimento delle dipendenze. In particolare il Dipartimento di salute mentale, anche se non riconosciuto come dipartimento strutturale o struttura operativa della Azienda sanitaria, essendo sempre inserito di fatto all'interno della struttura distretto, tende in realtà, anche per una normativa poco chiara, a riconoscersi estraneo al governo distrettuale, connotandosi come una ulteriore quarta struttura aziendale. Con la creazione di Dipartimenti si sta a nostro avviso tentando di reintrodurre quel modello a matrice con incrocio tra dipendenze funzionali e gerarchiche, che il legislatore regionale con la L. reg. 56/1994 ha voluto con forza superare, poiché aveva dimostrato sul campo la sua inefficacia e

complessità per i meccanismi operativi che ne dovevano governare la implementazione. Viene così intaccata la realtà attuale che vede il distretto come responsabile per la intera popolazione di riferimento di tutte le funzioni assistenziali di primo livello, dotato di tutte le competenze necessarie e responsabile ultimo e complessivo per i propri «iscritti». C'è scarsa consapevolezza che, nell'assetto a matrice distrettuale enfatizzato con la creazione dei dipartimenti funzionali delle dipendenze e della salute mentale, solo una delle due istanze (funzionale tecnico-specialistica versus integrazione) può essere pienamente salvaguardata sacrificando in qualche modo l'altra (Vendramini E., 2000).

La microrganizzazione del distretto 1 si sta muovendo decisamente verso una configurazione di modello divisionale che è stato definito come: «modello presa in carico» (Longo F., 1999). Questo modello enfatizza il ruolo del Mmg e Pls che è responsabile della presa in carico unitaria ed univoca degli assistiti (I livello). Il II livello è rappresentato dalle *équipes* pluri-specialistica distrettuale che attraverso la Uod composta da differenti professionalità mediche e non, e attraverso strumenti di valutazione multidimensionale predispone ed attua dei piani individuali di assistenza per i casi più complessi (soggetti non autosufficienti anziani o disabili, minori, pazienti psichiatrici o affetti da HIV) rappresentando la porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi distrettuali. Attraverso la Uod di cui il Mmg è parte integrante vengono attivate sulla base del programma assistenziale definito per il paziente le singole unità di offerta, la rete dei servizi di III livello. Questo modello, che prevede che le prestazioni offerte siano sempre sotto il controllo e monitoraggio del Mmg che mantiene costantemente la presa in carico, eventualmen-

te chiedendo una verifica alla Uod per la ridefinizione del piano assistenziale, sta avendo un notevole effetto sulla organizzazione distrettuale. Questa metodologia di lavoro iniziata per affrontare le problematiche collegate alla attivazione dei profili di assistenza più intensa del sistema ADI, causa lo spostamento dell'asse delle cure dall'ospedale al territorio, è stata da noi sperimentata con soddisfazione su richiesta di Mmg, assistenti sociali, medici specialisti anche per minori disabili, per pazienti psichiatrici complessi, pazienti HIV positivi e disabili adulti.

5. Conclusioni

Il tentativo di superamento del modello di organizzazione sanitaria preesistente spostandosi da un modello ospedalocentrico investendo in termini di risorse ed attenzioni sul distretto, si scontra con la cultura ed interessi spesso frammentati e particolari di una comunità locale che necessita perciò di essere sostenuta e guidata nel cambiamento, con un mondo ospedaliero in genere restio a recepire il nuovo modello assistenziale che sposta l'asse delle cure sul territorio, con operatori territoriali ancora illusi che il distretto piccolo sia bello e non invece causa stessa di debolezza per un insufficiente dimensionamento di servizi possibili solo attraverso delle economie di scala.

In questo contesto di mutamento la scelta del Direttore di distretto è cruciale. Il Direttore di distretto deve essere un dirigente capace di costruire un consenso su ciò che si deve fare, sinergie ed «alleanze» con i servizi sociali comunali ed i servizi ospedalieri, condizioni favorevoli alla costituzione di forme di associazionismo per i Mmg e Pls per qualificare l'assistenza territoriale, una rete assistenziale che supporti il lavoro dei Mmg e Pls. Il

Responsabile del distretto utilizzando uno *slogan* non dovrebbe essere uno specialista, ma un «generalista» con notevoli capacità manageriali, accompagnate da una conoscenza professionale adeguata per affrontare le tensioni di un mondo ove operano professionisti dotati di ampia autonomia. Deve pertanto possedere solide conoscenze di epidemiologia, di economia sanitaria, di valutazione dei servizi, competenze collaudate nella gestione ed organizzazione delle risorse umane, abilità nella negoziazione e definizione delle priorità. Tali conoscenze per la tipologia del lavoro distrettuale non devono essere disgiunte da una notevole capacità relazionale nei confronti delle amministrazioni comunali, del settore associativo, che verso i Mmg. È indispensabile inoltre, chiarezza sul ruolo del responsabile di distretto e del responsabile di U.o. Vi è spesso confusione, a livello di aziende, creato dal fatto che il responsabile del distretto è spesso contemporaneamente anche responsabile di una U.o. che assicura la produzione di servizi distrettuali (frequentemente servizi sanitari di base erogati da una U.o. di cure primarie). È necessario invece separare le responsabilità cliniche e di produzione di servizi del responsabile di U.o., da quelle di programmazione strategi-

ca, di governo della domanda, che competono invece al responsabile del distretto.

L'esperienza ci porta poi a ritenere che la dimensione del distretto debba essere notevole, con bacino d'utenza non inferiore a 60.000 abitanti meglio se sui 90-100.000 abitanti per avere quelle economie di scala che garantiscano uno spettro di servizi distrettuali in grado di assicurare tutte le risposte diagnostiche terapeutiche extraospedaliere, nonché dimensioni gestionali che permettano la presenza di tutte le professionalità necessarie per la costituzione degli uffici di *staff*. L'articolazione dell'Azienda sanitaria in distretti dotati di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale richiede il potenziamento della struttura di *staff* in termini di professionalità presenti e la scelta di Direttori di distretto dedicati, tutti investimenti possibili solamente con distretti di dimensioni adeguate.

Il percorso effettuato ci fa ritenere utopistico che nella fase iniziale il distretto si costruisca attraverso uno spostamento di risorse dall'ospedale al territorio. È necessario invece un investimento forte ed una azione decisa affinché il distretto sia messo «al sicuro» dando ad esso tempo e risorse per

crescere e rafforzarsi. Queste fasi di investimento di risorse, di rafforzamento e riconoscimento interno alla azienda ed esterno richiedono tempo (3-5 anni). Sono comunque fasi propedeutiche per ottenere un distretto che affronti da protagonista, da «soggetto», lo sviluppo della assistenza socio sanitaria primaria assicurando non solo la funzione di produzione ma quella più ampia di «coordinamento delle risorse della comunità» (OMS-obiettivo n. 30 «Programma salute per tutti nell'anno 2000»).

BIBLIOGRAFIA

- LONGO F. (1999) (a cura di), *ASL distretto e medico di base*, EGEA, Milano.
- MACIOCCO G. (2000), «Il distretto della riforma ter», *Prospettive sociali e sanitarie*, 1, pagg. 7-9.
- REGIONE VENETO (1999), Ricerca sanitaria finalizzata «Il distretto in Veneto: efficienza ed efficacia organizzativa e gestionale», *Rapporto Finale*, Venezia, agosto.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico», *Mecosan*, 10, pagg. 24-35.
- VENDRAMINI E. (2000), «L'Organizzazione del territorio: i distretti e i dipartimenti territoriali», in Mara Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, pagg. 231-252.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE PRESSO L'AUSL DI BOLOGNA CITTÀ: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE (ANNI 1999-2000)

L. La Rovere¹, F. Longo², G. Savorani³, P. Tedeschi², F. Trevisani¹, S. Zingoni³

¹ Ausl Bologna Città

² SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

³ Fimmg - Ausl Bologna Città

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Percorso professionale e criteri di riorganizzazione della medicina generale - 3. Sintesi dell'esperienza bolognese: contenuti, risultati conseguiti e criticità emerse - 4. Modalità organizzative sperimentate e sistemi operativi attivati - 5. Conclusioni e prospettive per il futuro.

1. Premessa

L'Azienda Usl Città di Bologna ed i suoi medici di medicina generale (1) hanno stipulato un accordo per gli anni 1999-2000 (successivamente prorogato anche per il 2001) con l'obiettivo di realizzare una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria del territorio, integrando i diversi servizi esistenti, coordinandoli fra loro in funzione delle esigenze dei cittadini, nel rispetto delle compatibilità economiche di un sistema aziendale orientato ad un uso appropriato delle risorse. L'accordo in questione ha quindi segnato l'avvio di un'evoluzione culturale e professionale, contraddistinta dalla sperimentazione di progetti e strumenti innovativi tesi a valorizzare il ruolo del medico di medicina generale quale primo gestore della salute del cittadino nonché diretto conoscitore del suo ambiente familiare, sociale e culturale. Un riconoscimento alla validità di tale impostazione proviene anche dall'inserimento dell'iniziativa bolognese sulle cure primarie nell'ambito della selezione dei 16 progetti di eccellenza dell'edizione 2000 del Premio Alesini.

Il processo messo in moto nella realtà di Bologna recepisce in effetti

una dinamica portante del Ssn, il quale sta attraversando una difficile ma indispensabile fase di costruzione di risposte assistenziali non più incentrate esclusivamente sulle prestazioni ospedaliere, bensì anche su servizi alternativi resi possibili dall'integrazione tra ospedali e territorio; se da un lato si profila dunque l'esigenza di iniziare a programmare i consumi sanitari, dall'altra mancano ancora esperienze professionali consolidate e modelli aziendali di riferimento capaci di orientare e supportare l'ottimizzazione dei servizi territoriali. In quest'ottica il fenomeno di aziendalizzazione della sanità locale sta progressivamente introducendo logiche e strumenti per il governo della medicina generale, nei confronti sia della sua dimensione produttiva che della sua funzione di committenza (2).

Nell'ambito di uno scenario simile, l'azienda Usl Città di Bologna ed i suoi Mmg hanno intrapreso già da alcuni anni un complesso ed articolato processo di cambiamento che si confronta con le inevitabili resistenze di un'area metropolitana, caratterizzata in genere da una forte concentrazione di strutture ospedaliere, dalla moltiplicazione dei livelli organizzativi interni all'Azienda sanitaria, da un poten-

ziale minor prestigio sociale della figura del medico di medicina generale, nonché da naturali propensioni alla mobilità urbana ed interdistrettuale dei cittadini. Malgrado le difficoltà e gli ostacoli, una lettura sistematica dell'esperienza maturata, delle modalità di gestione dell'accordo, delle dinamiche organizzative attivate, appare sicuramente indicata al fine di istruire una maggiore comprensione e divulgazione dei risultati conseguiti e delle criticità emerse; una simile valutazione fornisce inoltre preziose indicazioni per la programmazione di futuri investimenti, per l'orientamento di ulteriori sforzi di miglioramento. Il caso Ausl Città di Bologna presenta inoltre una duplice peculiarità rispetto ad iniziative analoghe: da un lato, la presenza di progetti pluriennali (es. assistenza domiciliare, farmaci, diabete) gestiti in modo concertato tra

Pur essendo il presente articolo frutto della collaborazione degli Autori, ai fini della stesura è possibile attribuire i paragrafi 1 e 5 a F. Longo, il paragrafo 2 ed i sotto-paragrafi 3.4-3.5 a F. Trevisani, la parte iniziale del paragrafo 3 a S. Zingoni, i sotto-paragrafi 3.2-3.6 a L. La Rovere, i sotto-paragrafi 3.1-3.3 a G. Savorani, ed il paragrafo 4 a P. Tedeschi.

Ausl e Mmg, dall'altro, l'attivazione di soluzioni organizzative, strumenti manageriali ed informativi, finalizzati a supportare gli stessi progetti assistenziali. In altri termini l'approccio seguito a Bologna per la riorganizzazione della medicina generale tenta di correlare (figura 1) specifici aspetti assistenziali con le leve strumentali necessarie per il governo delle singole iniziative.

Le pagine che seguono riportano dunque una sintesi dell'esperienza operativa rispetto agli obiettivi aziendali ed ai contenuti dell'accordo con i medici di medicina generale, nonché alcune riflessioni sulla significatività del percorso professionale attivato e sull'innovatività delle modalità organizzative adottate.

2. Percorso professionale e criteri di riorganizzazione della medicina generale

Il percorso professionale reso possibile sia dall'accordo aziendale con l'Ooss dei medici di medicina generale prevalente a Bologna (Fimmg), sia dalla collaborazione fattiva con la Società italiana di medici di medicina generale (Simg), intende rafforzare la «Medicina del territorio» allo scopo di garantire una migliore assistenza primaria, meno frammentata e burocratizzata, favorendo altresì la permanenza delle persone il più possibile nel loro ambiente di vita familiare, focalizzando invece gli interventi specialistici ed ospedalieri per le cosiddette «fasi acute». In quest'ottica, il successo dell'intero processo richiede la promozione di una cultura di partnership tra i vari professionisti coinvolti nei processi assistenziali; trascurare il fabbisogno di integrazione tra i diversi attori sanitari comporterebbe in effetti il rischio di ripetere errori del passato, quale l'ottimizzazione di alcuni «momenti di assistenza», anziché una ra-

zionalizzazione del circuito di prestazioni sanitarie locali (Tedeschi 2001), che è appunto caratterizzato da dinamiche relazionali e da interdipendenze professionali tra soggetti con capacità, ruoli, convenienze economiche differenziate (si veda in proposito la figura 2).

Nello specifico, il percorso in questione riguarda primariamente i 320 Mmg e Pls dell'Ausl Città di Bologna ed i servizi dell'azienda storicamente deputati all'assistenza territoriale, nonché professionisti ospedalieri, specialisti territoriali ed organizzazioni di volontariato. L'iniziativa risponde inoltre ad una precisa volontà di coordinamento della medicina territoriale a cui vengono collegati ed offerti interventi di sostegno al cambiamento nonché alcune opportunità assistenziali innovative di forte impatto per i cittadini, peraltro previste nell'accordo tra azienda e Fimmg. In effetti proprio la finalità di ripensare e sperimentare nuove modalità organizzative/relazionali tra Ausl e Mmg risulta alla base del coinvolgimento di tutte le componenti aziendali dedicati ai servizi di base (es. medicina di base, assi-

stenza infermieristica, specialistica, farmaceutica).

Come nel caso di altre realtà, anche l'esperienza bolognese degli ultimi due anni insegna che non si può migliorare l'assistenza fornita se non si aggiornano i comportamenti di coloro che la erogano; spesso il principale ostacolo al cambiamento risulta connesso alla fatica di instaurare o ricostruire rapporti professionali non più basati su logiche burocratiche bensì sulla fiducia reciproca nel difficile compito di gestire i bisogni assistenziali. In questo senso si è costituito un gruppo di coordinamento aziendale composto da 7 medici di organizzazione, un farmacista, più il sostanziale apporto dei rappresentanti dei medici di medicina generale e di alcuni ricercatori del Cergas Bocconi. Il gruppo di lavoro funge da «motore univoco» in grado di garantire una gestione multidisciplinare, integrata, continuativa, sia dei momenti decisionali che delle fasi di realizzazione operativa.

Oltre a questa modalità di gestione dell'accordo aziendale e di applicazione del percorso professionale implicato, al fine di incentivare e soste-

Figura 1 - Il progetto globale a matrice per la medicina generale

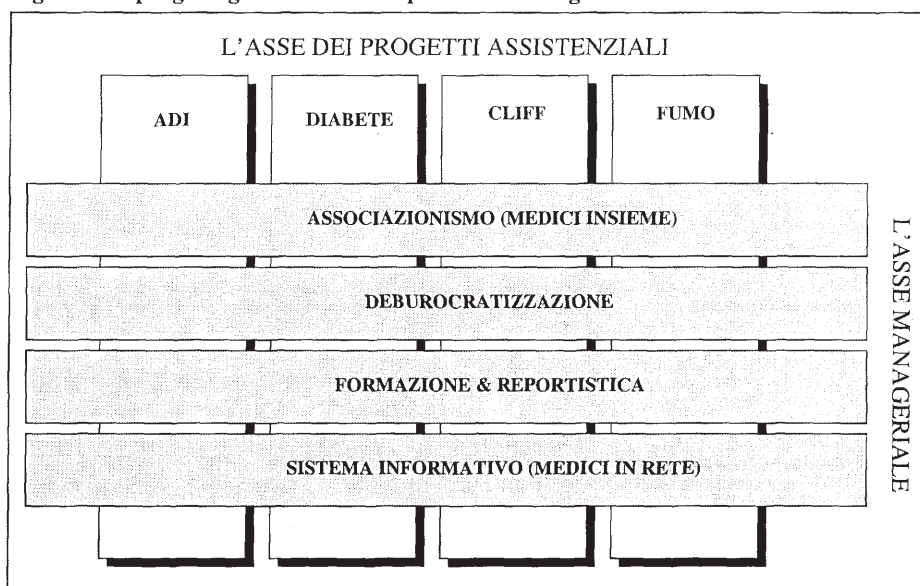
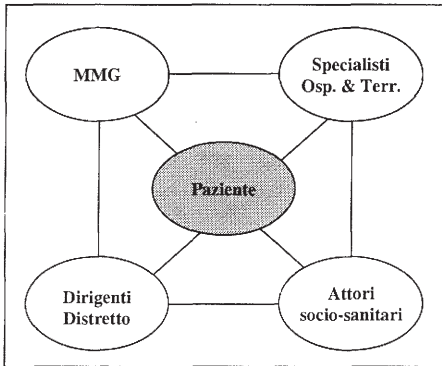


Figura 2 - Il sistema di prestazioni sanitarie locali



nere il processo di cambiamento e coinvolgimento dei Mmg, sono state offerte specifiche opportunità ed azioni di sostegno (riconducibili alla visione a matrice proposta), tra cui si ricorda:

- un primo tentativo sperimentale di riorganizzazione della città in 6 zone con un numero di 50/60 medici per zona a cui fa riferimento un referente aziendale in qualità di interfaccia per i progetti in corso di implementazione nonché direttamente coinvolto nel gruppo di coordinamento centrale (l'impostazione sarà verificata nel corso del 2001 ove è previsto che le 5-6 zone della città rappresentino l'articolazione del dipartimento delle cure primarie sul territorio);

- la proposta di un corso di formazione aperto a tutti i Mmg su temi di economia sanitaria, forme associative, *budget* per Mmg, linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, con il coinvolgimento di docenti della Scuola di direzione aziendale (SDA) dell'Università Bocconi. Il corso è stato articolato in 12 giornate, 2 per ogni zona, ed ha visto la partecipazione di circa il 40% dei medici; naturalmente questa iniziativa si è aggiunta alla formazione obbligatoria che nel corso del 2000 ha riscontrato un forte sviluppo con oltre 40 ore di formazione per ogni medico di medicina generale, anche grazie al costante impegno

degli animatori di formazione della Simg;

- l'identificazione di azioni di deburocratizzazione delle attività di medicina generale al fine di agevolare il lavoro dei medici ed il rapporto con l'assistito (per esempio, la consegna in ambulatorio dei ricettari, l'invio via fax di moduli amministrativi consegnati in precedenza a mano, ecc.);

- la predisposizione di tre sedi poliambulatoriali per la costituzione di medicine di gruppo, arrivando a dicembre 2000 complessivamente a 10 gruppi attivati per un numero di medici coinvolti pari a 37, cui corrispondono 47.473 assistiti;

- la promozione della medicina in rete offrendo a tutti i medici intenzionati ad associarsi il servizio di collegamento con un *server* centrale appositamente attivato dall'Ausl per consentire lo scambio di informazioni tra Mmg (es. cartelle cliniche dei pazienti) a supporto di interscambi informativi ed a garanzia della continuità assistenziale. Alla fine del 2000 sono presenti 10 reti per un totale di 56 medici coinvolti, cui corrispondono 76.643 assistiti;

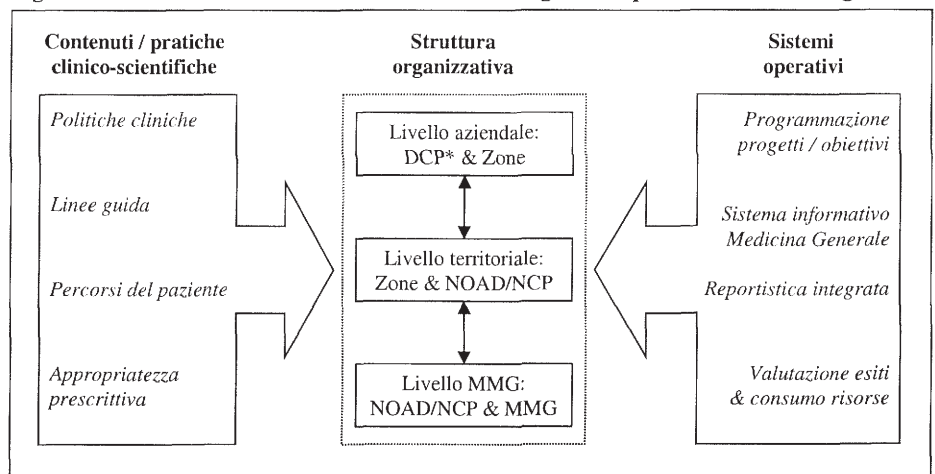
- corsi di formazione sull'utilizzo del *computer*, sulle funzionalità del *software* gestionale di riferimento per i Mmg di Bologna;

- una prima progettazione della reportistica per Mmg in funzione della necessità di disporre di *report* sia integrati (es. indicatori di sintesi per la spesa farmaceutica, l'applicazione di linee guida, la spesa per ricoveri, l'Adi, il diabete) che diversificati (per zona, per nuclei delle cure primarie, per reti e gruppi, per singoli Mmg), possibilmente a periodicità costante (trimestrale).

In sintesi, rileggendo il percorso professionale avviato ed i criteri applicati nella gestione dell'accordo appare opportuno anticipare, per questioni di comprensione, come le singole iniziative ruotino in realtà attorno a tre punti focali del sistema aziendale: i contenuti/processi clinici, la struttura organizzativa, i sistemi operativi (figura 3).

In altre parole, credibilità ed incidenza delle innovazioni introdotte vengono a dipendere dal grado di corrispondenza tra diversi «volani del cambiamento» (inteso come miglio-

Figura 3 - Punti focali del cambiamento in medicina generale presso l'Ausl di Bologna



*DCP sta per Dipartimento delle cure primarie, NOAD per Nuclei operativi di assistenza domiciliare successivamente evoluti in NCP (Nuclei cure primarie), mentre le zone indicano la già richiamata suddivisione territoriale dell'Ausl.

mento della qualità dell'assistenza ed uso appropriato delle risorse) e cioè, la rivisitazione dell'efficacia nelle pratiche clinico-scientifiche (es. linee guida, commissione CLIFF (3), percorsi del paziente), le modifiche apportate all'organizzazione (es. creazione di zone) per rendere flessibile l'interfaccia aziendale nei confronti della medicina generale, l'attivazione di strumenti idonei a supportare nuove modalità di lavoro (es. sistemi informativi per i Mmg, reportistica periodica erogata dall'Ausl, ecc.). Simili considerazioni trovano ulteriore fondamento nello svolgimento dei due successivi paragrafi dedicati, per l'appunto, alla sintesi dell'esperienza bolognese nonché all'analisi delle modalità organizzative sperimentate e dei sistemi operativi attivati.

3. Sintesi dell'esperienza bolognese: contenuti, risultati conseguiti e criticità emerse

Il piano delle azioni 1999 dell'Ausl Città di Bologna prevede un insieme di iniziative finalizzate a rinforzare e migliorare le modalità di gestione delle attività distrettuali; in particolare, tra i principali argomenti rilevanti ai fini della medicina generale, si ricorda:

— l'azione tesa a riorganizzarla tenendo conto della complessità del contesto urbano e della duplicazione dei livelli organizzativi all'interno dell'Ausl (direzione aziendale & strutture territoriali, strutture territoriali & medici di medicina generale);

— l'obiettivo di diffusione dell'Adi quale forma assistenziale integrata per determinati utenti;

— le iniziative riguardo alla farmaceutica convenzionata esterna supervisionate dalla commissione linee guida, indicatori, farmaci, farmaco-vigilanza, «CLIFF» (es. elaborazione di linee guida, analisi delle prescrizioni,

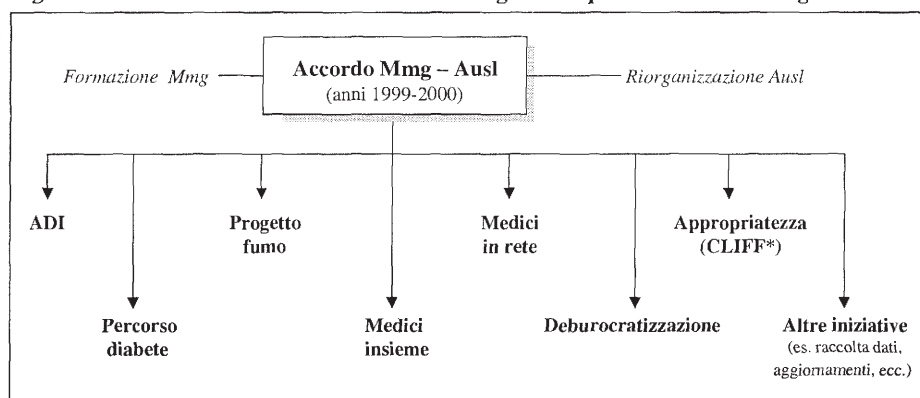
predisposizione di reports, farmacovigilanza, ecc.).

Il richiamo a queste azioni appare cruciale in quanto, su tali aspetti, è opportuno evidenziare l'esistenza di una certa corrispondenza tra piano delle azioni aziendale ed accordo con i Mmg; le iniziative «Medici insieme», «Medici in rete» nonché il protocollo di deburocratizzazione delle attività amministrative, intendono infatti favorire l'evoluzione della medicina generale tramite, rispettivamente, l'associazionismo medico, l'adozione di tecnologie informatiche, la semplificazione dei rapporti tra medici di medicina generale ed altre componenti del Ssn nonché lo snellimento delle prescrizioni mediche. Il sostegno alla diffusione dell'Adi sottolinea inoltre la centralità del Mmg quale «health-manager» in collaborazione con altre professionalità sanitarie, così come il coinvolgimento dei Mmg nei lavori della CLIFF evidenzia la volontà di un confronto su criteri e modalità comuni per la gestione della farmacologia territoriale. Oltre a questi contenuti speculari, l'accordo siglato con la Fimmg contempla anche un progetto per la realizzazione di un percorso sul diabete e, in alternativa, altre iniziative quali la raccolta di dati sull'attività ambulatoriale dei Mmg, percorsi di educazio-

ne sanitaria (es. progetto fumo), piuttosto che ulteriori proposte formative (es. aggiornamento informatico, linea guida sull'ipertensione, ecc.). A titolo esemplificativo, l'esperienza bolognese si contraddistingue per uno spettro di iniziative finalizzate a tradurre i contenuti dell'accordo in progetti concreti e complementari (figura 4).

Nel seguito del paragrafo si propone dunque una sintesi dell'esperienza maturata tra il 1999 ed il 2000 circa i principali interventi assistenziali in modo da evidenziare sia i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fondamentali (deducibili dal piano delle azioni e in parte riflessi nell'accordo con i Mmg), sia le criticità emerse in fase di realizzazione. Tuttavia, prima di ripercorrere il periodo contemplato (15 mesi circa), appare interessante un riferimento alla situazione di partenza circa lo stato dei rapporti tra Ausl e Mmg, le tipologie di relazioni, i criteri di controllo dell'operato dei medici, in modo da evidenziare ancora meglio il percorso effettuato sulla base del cosiddetto «storico». In quest'ottica la tabella 1 riporta, senza pretese di esautività, le caratteristiche di alcune relazioni indicative tra medici di medicina generale ed altre figure aziendali con l'obiettivo di qualificare lo stato dell'arte passato.

Figura 4 - L'insieme delle iniziative in medicina generale presso l'Ausl di Bologna



* Commissione linee guida, indicatori, farmaci, farmaco-vigilanza.

Simili ed altre indicazioni lasciano supporre che l'oggetto principale dell'interazione tra Mmg e Ausl fosse di natura amministrativa (non sempre è il paziente), secondo modalità di interazione prevalentemente *face to face* (quasi mai a livello di gruppi di Mmg) e con una durata temporale degli incontri piuttosto limitata; in altri termini, non traspare il ricorso ad incontri di programmazione o confronto sul comportamento professionale complessivo del Mmg. L'interpretazione della situazione originaria deve poi considerare il fatto che le interazioni con l'Ausl strettamente non obbligatorie coinvolgono circa il 60-70% dei medici di medicina generale, la reportistica distribuita (sostanzialmente sui farmaci) risulta non comprensibile o di scarsa utilità per i Mmg e, infine, il controllo esercitato dall'Ausl appare limitato alle prescrizioni farmaceutiche e di natura censoria. D'altro canto, la frammentarietà dell'interfaccia aziendale per la Medicina generale (variabile a seconda degli argomenti — es. farmacista, dirigenti distretto, personale amministrativo) non favorisce una gestione unitaria di problematiche ed opportunità e, di conseguenza, non garantisce un'immagine dell'Ausl credibile ed autorevole nei confronti degli stessi Mmg. La fotografia dello stato dell'arte a fine 1999-inizio 2000 appare coerente con molteplici altre realtà aziendali, soprattutto se si considera il contesto metropolitano di riferimento, le dimensioni aziendali ed il sovrapporsi degli effetti derivanti dalle continue riforme regionali e nazionali del Ssn (es. tre riforme strutturali solo negli anni '90 — D.L.vo 502/92, D.L.vo 517/93, D.L.vo 229/99).

L'accordo aziendale tra l'Ausl di Bologna città e l'Ooss dei medici di medicina generale per gli anni 1999-2000 (poi prorogato per il 2001) si inserisce dunque nello scenario appena

richiamato con l'obiettivo fondamentale di «dare un'organizzazione alla medicina generale», contribuendo per questa via all'evoluzione dell'intero sistema sanitario locale. Di conseguenza, risultati e criticità degli interventi assistenziali avviati devono essere anche opportunamente correlati con la situazione tradizionale al fine di evidenziare la significatività dei cambiamenti non solo in senso assoluto (es. introduzione di un percorso sul diabete non esistente in precedenza), bensì anche relativi (es. nuove modalità di lavoro per i Mmg, nuove forme di interazione con l'Ausl) a cui poter ancorare ulteriori miglioramenti professionali ed organizzativi.

3.1. Assistenza domiciliare integrata (Adi)

Come già ricordato l'attivazione dell'Adi nella realtà di Bologna città risponde all'obiettivo di mantenere al proprio domicilio il paziente anziano con patologie fortemente invalidanti perseguendo, al contempo, sia un uso più razionale delle risorse sanitarie (es. riduzione di ricoveri impropri anche a fronte di un progressivo aumento nella popolazione di età superiore ai 75 anni) sia una migliore qualità della vita per l'anziano (es. mantenimento

della persona nel suo ambito sociale); una simile finalità è raggiungibile nella misura in cui viene praticata la multidisciplinarietà e l'integrazione tra i vari professionisti della sanità territoriale ed ospedaliera. Sulla base di queste considerazioni l'Ausl ha attivato un progetto, con il coinvolgimento dei Mmg, finalizzato a creare un sistema integrato di assistenza domiciliare fondato sul coordinamento tra un Responsabile terapeutico (con funzioni di «attivatore» ed assistenza medica), un Responsabile organizzativo (per la programmazione ed il reperimento delle risorse necessarie), un responsabile del caso (per l'erogazione e la pianificazione delle prestazioni infermieristiche e socio-assistenziali), con l'intento di consentire decisioni comuni, programmi assistenziali autonomi e tempestivi, secondo criteri oggettivi predefiniti e condivisi, nel pieno rispetto della volontà del paziente e della sua famiglia.

L'utilità di un sistema integrato consta dunque nel fatto che, una volta attivato il caso Adi da parte del Mmg, consegue un coinvolgimento differenziato di infermieri, assistenti di base (sulla base di un'intesa con il Comune di Bologna), medici ospedalieri, specialisti consulenti, reparti ospedalieri interessati, volontariato, famiglia, a

Tabella 1 - Relazioni «tradizionali» percepite tra Mmg & Asl (rilevazione effettuata a Bologna il 29 marzo 2000)

Figure coinvolte	Frequenza	Motivo incontro	Durata incontro
Mmg & personale amministrativo Asl	Mensile	Consegna ricettari / PPIP & problemi amministrativi	Da 2 a 15 minuti
Mmg & Medico di organizzazione	Mensile	Farmaci in nota	10 minuti
Mmg & Caposala	Mensile	Casi clinici	10 minuti
Mmg, Farmacista, Medico di organizzazione	Telefonate quotidiane	Note CUF / consulenza	Non quantificabile
Mmg & Medico di organizzazione+ Inf. Prof.	variabile	NODO	15 minuti
Mmg & Medico di organizzazione+ Inf. Prof.	variabile	ADI	15 minuti

seconda del grado di intensità assistenziale (sono previsti tre livelli) e secondo procedure, tempistiche, prestazioni concordate. In termini pratici, mentre il distretto è promotore e garante dell'iniziativa, al medico di medicina generale coinvolto nell'Adi vengono riconosciuti incentivi economici per ogni caso attivato ed incentivi in forma di supporto assistenziale per le Adi più impegnative; agli infermieri professionali viene proposta un'apposita formazione pratica e teorica.

Una valutazione di esiti e problematiche connesse a questa iniziativa non può che essere multi-dimensionale, cioè correlata sia agli obiettivi dichiarati sia al grado di soddisfazione di pazienti, famiglie e professionisti coinvolti. In termini di risultati, nell'arco di un anno di attività sono stati attivati complessivamente 480 casi Adi secondo le nuove modalità previste dagli accordi e dalle direttive regionali (figura 5); il numero di casi attivati è più del doppio di quelli dell'anno precedente e risponde al 50% degli obiettivi massimi previsti dall'accordo. Per quanto riguarda il coinvolgimento dei medici si possono considerare alcuni indicatori di attività:

— 150 Mmg (su un totale di 320) hanno attivato casi Adi e, in particolare, 60 Mmg hanno attivato almeno 1

caso, 65 Mmg da 2 a 5 casi, 20 Mmg da 6 a 10 casi, 5 Mmg da 11 a 19 casi;

— la distribuzione dei Mmg per tipologia Adi registra invece 77 Mmg con una sola tipologia Adi, 45 Mmg con due tipologie, 28 Mmg con tutte e tre le tipologie;

— un ulteriore indicatore consiste poi nel numero di accessi compiuti dai Mmg per tipologia Adi; in media si sono verificati 0,9 accessi la settimana per la prima tipologia, 1,4 accessi la settimana per la seconda, 2,5 accessi la settimana per la terza;

— infine, occorre considerare anche la durata media dell'assistenza per le due tipologie a maggior intensità assistenziale: 83 giorni per l'Adi 2 (con punte minime e massime di 58 e 104 giorni), 53 giorni per l'Adi 3 (con punte minime e massime di 26 e 97 giorni).

L'insieme delle informazioni disponibili lascia intravedere alcune tendenze rappresentando una base di partenza per valutare il servizio sia in termini sanitari che economici; tuttavia, valutazioni più approfondite richiederebbero una correlazione tra casi Adi e dimissioni protette, piuttosto che la correlazioni con la variazione dei ricoveri per patologie ricorrenti nell'Adi. Trattandosi di un progetto innovativo e recente, lo stato dell'arte del sistema di rilevazione non consen-

te ancora simili ponderazioni; più rilevante appare allora in questa fase l'opinione dei professionisti, tra i quali il referente aziendale della Fimmg ritiene che sia «la prima volta da quando sono medico (dal 1979) che tutte le figure professionali interessate ad un problema specifico... a Bologna possono lavorare non solo sul confronto, ma anche sull'organizzazione dell'assistenza nel territorio... per i bisogni del cittadino in modo multidisciplinare e con modelli propri non derivati da esperienze di ricovero, ma sull'ambiente di vita quotidiana e sulla famiglia». Particolarmente rilevante risulta anche il cambiamento organizzativo attuato dagli infermieri per affrontare un nuovo modello assistenziale (basato sulla responsabilità e l'autonomia al domicilio del paziente).

Tra le criticità emerse, occorre invece considerare la disomogeneità con cui i casi Adi si distribuiscono sul territorio cittadino (si ritorni in proposito alla figura 5), l'assenza di un sistema informativo in grado di ovviare a carenze e ritardi nella raccolta dei dati sul territorio, l'integrazione con i servizi sociali; altre criticità di natura operativa riguardano poi la necessità di deburocratizzare al massimo i passaggi amministrativi, l'esigenza di garantire un servizio sulle 24 ore (coinvolgendo la guardia medica), nonché

Figura 5 - Casi di assistenza domiciliare integrata a Bologna città (anno 2000)

Distretti	ADI 1			ADI 2			ADI 3		
	N. casi assistiti nell'anno	N. casi attivati nell'anno	N. casi in linea al 31-12-2000	N. casi assistiti nell'anno	N. casi attivati nell'anno	N. casi in linea al 31-12-2000	N. casi assistiti nell'anno	N. casi attivati nell'anno	N. casi in linea al 31-12-2000
Borgo Reno	7	7	2	41	20	19	18	15	2
Saragozza Porto	18	15	10	63	63	36	23	21	5
Navile	12	11	7	28	28	13	28	18	4
S. Donato-S. Vitale	21	19	11	42	41	10	27	23	3
S. Stefano-Savena	36	30	18	139	134	56	50	35	17
Totale	84	82	48	313	286	134	146	112	31

l'opportunità di personalizzare l'assistenza con piani di cura individuali.

Il progetto Adi presso l'Ausl Bologna città ha quindi consentito di rafforzare le modalità di assistenza indirizzate a particolare fasce di assistiti, iniziando ad integrare professionalità mediche e sociali; sebbene la misurazione del servizio non sia ancora completa, occorre tuttavia tenere in considerazione come un risultato acquisito consista già nella capacità di far fronte ad una domanda complessa (con molteplici varianti, dal sanitario al sociale) che presuppone uno sforzo di coordinamento tra figure professionali eterogenee, al fine di minimizzare il rischio di percezioni indiscriminate; i pazienti e/o le famiglie, per quanto riconoscano il valore di un'assistenza omni-comprensiva, non è detto che sappiano esprimere una preferenza sulla fornitura di prestazioni socio-assistenziali da parte del Comune piuttosto che dall'Ausl. In tale evenienza, le istituzioni coinvolte nella gestione del servizio sono esposte al rischio di sopportare gli «oneri» organizzativi e finanziari del servizio senza raccogliere sufficienti «onori», soprattutto in termini di visibilità e riconoscimento della propria istituzione.

3.2. Il percorso diabete

Nel corso del 1998 l'Ausl Città di Bologna inizia l'attuazione di un percorso di assistenza integrata — fra ospedale e territorio — al paziente diabetico di tipo 2, non insulino-dipendente. Il progetto intende migliorare l'assistenza a tali pazienti sulla base di un monitoraggio attivo attuato dai Mmg, per lo più appartenenti a forme associative, in stretta collaborazione con gli specialisti dei centri diabetologici di Bologna (S. Orsola, Maggiore ed Hercolani), al fine di prevenire le complicanze connesse al degenerare della malattia, ottimizzando altre-

si il consumo di risorse ed il percorso assistenziale dei pazienti; in quest'ottica si è reso necessario definire e condividere i ruoli degli attori coinvolti (figura 6).

Il percorso concordato prevede accessi trimestrali dei pazienti in ambulatori dedicati, una visita annuale presso il servizio di diabetologia dei centri di riferimento, un controllo laboratoristico semestrale (PAD: profili ambulatoriali diabete), un controllo annuale di F.O. ed ECG. Dal punto di vista operativo, il percorso è supportato da risorse dedicate e prenotazioni telefoniche agevolate in modo che l'interessato acceda direttamente alle prestazioni richieste minimizzando così il potenziale *drop-out* dei pazienti.

L'intervento è rivolto al 2,5 per mille dei cittadini (tenendo conto che Bologna ha il 25% di anziani contro una media nazionale 17%); l'avvio del progetto a luglio 1998 coinvolge 39 Mmg, 983 pazienti (4) e si conclude a fine 1999 nel momento in cui il progetto entra a far parte dell'accordo aziendale di medicina generale. La seconda fase del progetto, attraverso alcuni momenti formativi, vede un numero di Mmg partecipanti pari a 155, con un popolazione *target* teoricamen-

te eligibile di 4.920 diabetici; a fine settembre 2000 risultano attivati ambulatori dedicati da parte di 135 Mmg con un reclutamento di 3.612 pazienti pari al 75% dell'obiettivo prefissato. Inoltre, uno studio effettuato su 190 pazienti di 8 Mmg, partecipanti al progetto fin dall'inizio con l'ausilio della cartella informatizzata, evidenzia i seguenti risultati qualitativi:

- età media dei pazienti 68 anni;
- problemi clinici associati al diabete: ipertensione arteriosa nel 62% dei casi, dislipidemia nel 16% dei casi;
- valore medio dell'emoglobina glicata a 6-12 mesi dall'arruolamento diminuito del 7,5% (da 7,40 a 6,84);
- valore medio della glicemia a 6-12 mesi dall'arruolamento diminuito del 9,5% (da 147 a 133);
- visita diabetologica annuale effettuata nel 56% dei casi;
- ecogramma effettuato nel 76% dei casi;
- fondo dell'occhio effettuato nel 63% dei casi.

Come si può desumere dalla figura 7, l'utilità di un percorso clinico-organizzativo sul diabete attiene al ruolo di medico di medicina generale quale interfaccia primaria per il cittadino-paziente; un solo interlocutore è in grado

Figura 6 - Divisione di compiti tra centri diabetici e MMG

Compiti del Centro diabetico	Compiti del medico di Medicina generale
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistenza specialistica continuativa ai Diabetici di tipo 1 tipo 2 insulino trattati e/o con complicanze ◆ Inquadramento dei diabetici neodiagnosticati ◆ Rivalutazione annuale di tutti i pazienti con diabete di tipo 2 non complicati in carico ai Mmg ◆ Gestione dei casi urgenti inviati con richiesta motivata dai Mmg ◆ Educazione sanitaria ai pazienti ◆ Consulto telefonico diretto a disposizione dei Mmg in fasce orarie definite 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenzione primaria ◆ Educazione sanitaria e <i>counseling</i> del paziente diabetico, dei suoi familiari e dei soggetti a rischio per diabete mellito ◆ Gestione della terapia farmacologica per diabetici di tipo 2 non complicati o con complicanze croniche in fase non evolutiva ◆ Gestione <i>follow-up</i> del paziente diabetico in collaborazione col Cd ◆ Diagnosi precoce delle complicanze della malattia diabetica ◆ Organizzazione dello Studio medico (ambulatori per patologia) per una gestione ottimale dei pazienti Diabetici

di erogare o coordinare visite, educazione sanitaria e controlli periodici, piuttosto che organizzare le prestazioni specialistiche necessarie attraverso canali preferenziali che tendono a snellire l'iter burocratico migliorando l'accessibilità al sistema. Per lo svolgimento di questo ruolo il Mmg percepisce un incentivo economico per ogni caso assistito.

Dal punto di vista organizzativo, il percorso è poi supportato da referenti sia sul versante aziendale (responsabili organizzativi distrettuali) che della medicina generale (in ogni distretto un referente Noad/Ncp (5) funge da riferimento per i colleghi sugli aspetti tecnici: due Mmg sono inoltre responsabili dei rapporti con i servizi specialistici). Inoltre, è opportuno fare presente come il progetto diabete si inserisca in uno sforzo generale di rimodulazione dei servizi specialistici di diabetologia con specifiche iniziative, ad esempio, per i pazienti diabetici di tipo 2 il cui Mmg non ha ancora aderito al progetto di gestione integrata al fine di non penalizzare alcun assistito.

Per quanto il progetto sia complesso (vista la necessità di integrare figure professionali eterogenee, spesso appartenenti ad entità aziendali distinte), appare comunque significativa la capacità di risposta clinica ed organizzativa approntata per il trattamento di una patologia rilevante sia in termini di diffusione tra gli assistiti che di consumi sanitari. Altrettanto considerevole risulta essere l'intenzione di sostenere l'implementazione del progetto anche nel 2001 attraverso incentivi ed interventi, tra cui si ricorda:

- la revisione del protocollo concordato con gli specialisti diabetologi in funzione dell'esperienza degli ultimi 3 anni, delle criticità emerse e dell'evoluzione tecnico-scientifica riguardo al diabete e le sue terapie;
- la raccolta informatizzata dei dati clinici da parte dei Mmg al fine di

migliorare la conoscenza ed il controllo del fenomeno sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo;

- la gestione di Mmg aderenti ma non ancora a regime in termini organizzativi o operativi.

3.3. Progetto fumo (intervento da parte dei Mmg)

L'obiettivo generale del progetto consiste nella riduzione del consumo di tabacco tra gli assistiti dei Mmg, indicando l'ambulatorio di medicina generale come luogo privilegiato per una prevenzione in termini di percorsi di educazione sanitaria. Nel corso del 2000 in Emilia-Romagna risultano circa 900.000 fumatori, pari al 27% della popolazione (in altri termini un cittadino su quattro fa uso di tabacco); il numero di vittime per patologie correlate al fumo è stimabile nell'ordine di 8.000 all'anno, pari ad un terzo dei morti per tumore ed al 15% di tutte le cause di morte.

Il progetto in questione intende quindi contrastare un simile fattore di rischio per la salute prevenendo le malattie cronic-degenerative legate al fenomeno tramite la riduzione del numero di fumatori tra gli assistiti del Mmg; l'intervento prevede infatti il

coinvolgimento di quest'ultimo visto il rapporto privilegiato e continuativo con i cittadini. In particolare, l'iniziativa contempla un insieme di azioni:

- formazione per i medici sul counseling antifumo (eseguita ad ottobre 2000);

- indagine conoscitiva sul fumo rivolta ai Mmg (tramite questionario);

- inchiesta epidemiologica svolta direttamente dai medici sui propri assistiti (tramite una lettera e questionario consegnati presso gli ambulatori medici o per posta);

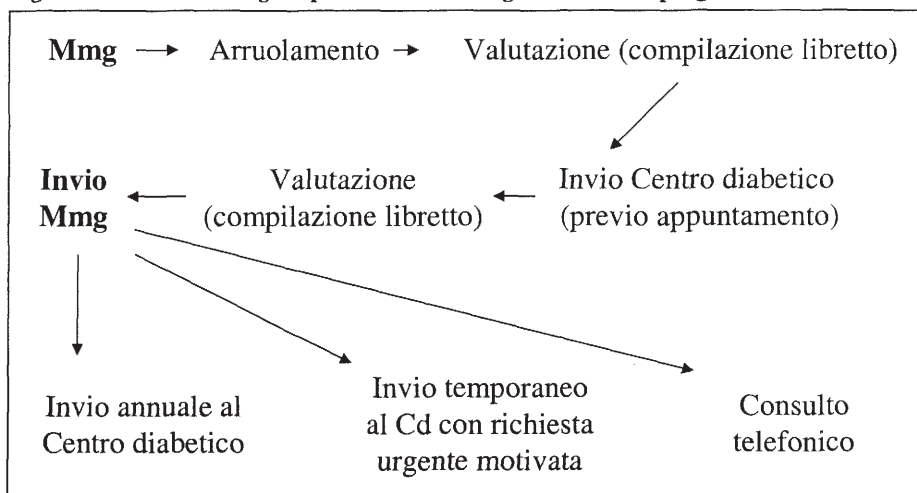
- *counseling* medico nei confronti di coloro che intendono smettere di fumare (creando un ambiente privo di fumo presso gli ambulatori, fornendo informazioni sui danni da fumo, concordando una data per smettere di fumare, valutando la dipendenza nicotina e l'eventuale terapia sostitutiva, effettuando controlli periodici);

- verifica dell'esito (sulla base di indicatori e schede informative per la rilevazione di dati del paziente);

- applicazione di protocolli per l'invio dei pazienti affetti da tabagismo ai centri anti-fumo.

L'iniziativa ha interessato effettivamente 16.000 cittadini ed i rispettivi Mmg (che hanno percepito un apposito incentivo previsto dall'accordo

Figura 7 - Ruolo del Mmg nel percorso clinico-organizzativo del progetto diabete



aziendale); la durata complessiva dell'esperienza è pari ad un anno, da giugno 2000 a giugno 2001. Con il progetto fumo, alla pari di molte altre Ausl italiane, anche Bologna si confronta con gli effetti del tabagismo e con i costi indotti in termini di consumo di prestazioni sanitarie; per quanto non sia immediato valutare l'esito di simili iniziative, l'auspicio è che la comunicazione, il counseling e la pressione culturale esercitata sui fumatori a livello normativo ed informale possono aumentare la consapevolezza circa i rischi legati al fumo e, quindi, in prospettiva contenere i costi sanitari implicati.

3.4. Medici insieme/medici in rete

L'accordo aziendale prevede due interventi congiunti, denominati medici insieme e medici in rete, a sostegno rispettivamente della diffusione dell'associazionismo medico e dell'adozione di tecnologie informatiche; l'obiettivo di fondo riguarda infatti l'introduzione di nuove modalità lavorative per i Mmg più consone alle esigenze dei pazienti e all'evoluzione professionale della categoria. Su tali aspetti una ricerca del Cergas Bocconi sull'associazionismo medico evidenzia in effetti la presenza di vantaggi sia per i pazienti (es. continuità assistenziale, visite su appuntamento, consulti interni tra specialisti, ecc.) sia per gli stessi Mmg associati (es. confronto culturale tra colleghi, sostituzioni reciproche, condivisione di risorse aggiuntive quali spazi, segreteria, strumentazione, ecc.).

In termini quantitativi, le iniziative a Bologna città sono allineate e sostenute dagli incentivi previsti dalla convenzione per la medicina generale; in particolare la componente Medici insieme persegue una diffusione dell'associazionismo pari al 35% dei medici cittadini, di cui il 10% costituiti in Me-

dicine di gruppo, in modo da garantire un'apertura degli ambulatori per 5 giorni alla settimana, sia di mattino che pomeriggio, per almeno 6 ore giornaliere. In tal modo i pazienti possono usufruire di un orario che non è più solo quello del proprio medico di fiducia, ma in caso di necessità urgenti anche quello dei colleghi associati. L'intervento medici in rete prevede invece la messa in rete delle associazioni mediche tramite il collegamento del *computer* di ogni Mmg ad un *server* centrale collocato presso il CED aziendale; nel corso dell'anno 2000 si è installato il *server* centrale e si sono collegate le prime postazioni delle medicine in rete. In sintesi, nell'anno appena trascorso sono stati offerti i seguenti investimenti:

- medicine in gruppo di nuova costituzione: collegamento e manutenzione alla rete — indennità informatica condizionata a ricetta informatica — indennità di segreteria (se richiesta o se non fornita dalla Ausl a norma della convenzione) — *modem* (in caso non sia già presente nel PC) — installazione del *software*;

- medicine di gruppo già costituite prima del 2000: gli stessi di cui sopra;

- medicine in rete di nuova e vecchia costituzione: collegamento e manutenzione della rete — indennità informatica condizionata a ricetta informatica — *modem* (in caso non sia già presente nel PC) — installazione del *software*.

Alla fine del 2000 risultano collegati in rete 93 medici associati tra medicine in gruppo (per un totale di 37 Mmg) e medicine in rete (per un totale di 56 Mmg) pari complessivamente a circa il 30% dei Mmg dell'Ausl; l'iniziativa verrà riproposta anche nel corso del 2001, affiancata da un aggiornamento formativo a supporto di conoscenze informatiche di base e/o utilizzo del *software* gestionale.

Trattandosi di interventi strutturali, la valutazione dell'esito riguarda l'avvio o meno di un processo di innovazione; la diffusione in atto di forme associative e tecnologie informatiche rappresenta una garanzia fondamentale per il successo delle altre componenti dell'accordo aziendale nonché per un'evoluzione virtuosa della medicina generale in termini di capacità organizzative ed integrazioni informative rispetto alle altre componenti del Ssn.

In termini di criticità, oltre al completamento dell'informatizzazione dei Mmg, si anticipa inoltre per l'anno 2001 la necessità di revisionare il regolamento per le associazioni mediche al fine di valorizzare le forme esistenti rispetto ad alcuni requisiti minimi indispensabili, ma assicurando al contempo, l'evoluzione operativa dell'accordo aziendale in vigore compatibilmente sia con i principi espressi nella nuova convenzione, sia con l'assetto micro-organizzativo che l'Ausl intende promuovere attraverso i Nuclei delle cure primarie e le *équipes* territoriali (in sintonia con i piani sanitari nazionali e regionali). L'aggiornamento del regolamento aziendale intende favorire una gestione ordinata dei cambiamenti organizzativi e culturali indotti dal lavoro in forma associativa, tanto per i medici di medicina generale, che li stanno già vivendo in prima persona, tanto per l'azienda, che dovrà imparare a relazionarsi sempre più spesso con «insiemi» di medici e non già solo con singoli professionisti. In quest'ottica la ricerca del Cergas già citata evidenzia come, sul fronte medico, l'associazionismo comporti un ulteriore ambito relazionale, la relazione tra professionisti (6), che si aggiunge al tradizionale rapporto con i pazienti, mentre sul lato aziendale, emerge la sfida di riempire di contenuto l'associazionismo medico affinché non sia un semplice adempi-

mento per assicurarsi incentivi economici, bensì un reale strumento per ricostruire l'identità professionale del Mmg attraverso una rete di servizi di cure primarie volti a curare i pazienti in modo appropriato (Landau, Brambilla, 2001).

3.5. *Deburocratizzazione*

Con l'iniziativa di deburocratizzazione delle attività amministrative si persegue una semplificazione dei rapporti tra medici di medicina generale ed altre componenti del Ssn, nonché lo snellimento delle prescrizioni mediche; il protocollo di deburocratizzazione contenuto nell'accordo aziendale tra Ausl Bologna città e Fimmg riguarda infatti l'ambito dei rapporti tra Mmg ed altri professionisti sanitari. Gli obiettivi del progetto aziendale risultano inoltre rafforzati da un intervento simile della Regione Emilia-Romagna nel corso del 2000 per riorganizzare la distribuzione di competenze tra Mmg e specialisti circa la presa in carico dei pazienti per prestazioni specialistico-ambulatoriali, nonché per l'utilizzo di nuova modulistica negli esami diagnostici.

Con la deburocratizzazione si tende in effetti a superare l'uso di politiche sanzionatorie privilegiando il raggiungimento di concreti livelli di servizio; la dinamica relazionale tra Ausl e Mmg può così focalizzarsi su obiettivi e forme di responsabilizzazione condivise anziché sulla semplice applicazione di norme e atti formali. Inoltre, lo «storno» di tempo-lavoro da attività amministrative ad assistenza medica comporta un vantaggio sia per i pazienti che per la professionalità dei medici di medicina generale. Alla luce di simili considerazioni, è dunque possibile apprezzare i risultati prodotti dall'intervento di deburocratizzazione presso l'Ausl di Bologna nel

corso del 2000, riassunti per principali ambiti di applicazione:

— nei rapporti Mmg/Ausl (snellimento delle procedure di attivazione dell'Adp (7), riduzione degli accessi dei medici agli uffici distrettuali per pratiche amministrative, consegna di ricettari Ssn presso gli ambulatori medici, automazione delle comunicazioni via fax o posta);

— nei rapporti Mmg/altre figure del Ssn (riduzione del coinvolgimento dei Mmg per rinnovi delle prescrizioni-proposte o per affluenza ai punti di prenotazione per prestazioni specialistico-ambulatoriali, riconoscimento del ruolo dei Mmg nella definizione delle regole per l'accesso al sistema di prenotazioni metropolitano, facilitazione dell'atto prescrittivo mediante l'adozione di un'unica tessera di esenzione per cittadino riportante tutte le tipologie di esenzione in suo possesso);

— nell'attività prescrittiva (riduzione del carico di lavoro per i Mmg tramite assolvimento delle competenze certificative da parte degli specialisti coinvolti nelle prestazioni ambulatoriali prodrome alla certificazione di malattia ed assenza dal lavoro).

Il conseguimento di tali risultati è frutto di notevoli sforzi, non senza ricadute ed ostacoli da affrontare nel futuro. A titolo di esempio, si riportano alcune criticità emerse nel corso dell'anno 2000:

— resistenza al cambiamento da parte di strutture e personale preposto alla gestione amministrativa ed organizzativa delle procedure;

— volontà e perseveranza aziendale nell'adattare l'organizzazione interna rispetto alle modifiche di procedure operative deburocratizzanti;

— complessità nell'allineamento operativo tra Ausl, Ao S. Orsola-Malpighi, IOR;

— determinazione dell'Ausl nel sostenere l'impegno economico connesso

so alla consegna dei ricettari Ssn presso gli ambulatori dei Mmg;

— delega ai medici di medicina generale e riduzione del controllo diretto nelle procedure di attivazione delle Adp.

Come già evidenziato a proposito delle iniziative medici insieme/medici in rete, anche l'intervento di deburocratizzazione persegue un miglioramento strutturale con ricadute positive per l'attività operativa dei Mmg ma anche per le capacità di programmazione e controllo dell'Ausl che, se da un lato, può avere convenienza a gestire o controllare «meno» alcune procedure, dall'altra, è chiamata a definire migliori regole del gioco per un'ottimizzazione operativa dell'intero sistema aziendale.

3.6. *Appropriatezza (prescrittiva, clinica, gestionale)*

Il tema dell'appropriatezza in sanità sta assumendo una centralità decisiva; le crescenti pressioni ambientali (es. controllo della spesa sanitaria), culturali (es. consumo di prestazioni sanitarie per profilo di cittadini), sociali (es. aspettativa di elevati livelli di servizio) impongono di coniugare alla qualità dell'assistenza il principio della programmazione e controllo del consumo di risorse disponibili. Al di là della percezione dei pazienti circa l'appropriatezza, la qualità delle prescrizioni risulta quindi un tema centrale per tutta l'assistenza territoriale, in quanto comporta un difficile percorso di educazione del medico e dell'assistito all'uso appropriato di medicinali e trattamenti. Per appropriatezza non si intende infatti una riduzione della prescrizione, bensì l'adozione di regole e *standard* condivisi tra Mmg ed altri professionisti a garanzia di una continuità terapeutica e di una qualità assistenziale uniforme. A tal riguardo, il confronto scientifico-culturale atti-

vato all'interno dell'Ausl sulla base dell'accordo aziendale ha evidenziato la necessità di concepire e praticare un'appropriatezza complessiva (figura 8) cioè, non solo correlata alla prescrizione di farmaci, bensì commisurata anche ai contenuti clinici dei trattamenti ed alle relazioni con i pazienti.

La declinazione del concetto di appropriatezza e la sua condivisione all'interno dell'azienda (tabella 2) esprimono in effetti una specifica visione aziendale finalizzata a correlare e verificare ogni iniziativa in tema di appropriatezza, presente o futura che sia, rispetto ad un approccio strutturato e responsabilizzante nei confronti di tutte le professionalità coinvolte.

A questo proposito, presso l'Ausl di Bologna città, attraverso un prolungato lavoro collegiale tra medici specialisti, universitari ed ospedalieri, Mmg, farmacisti ed altri professionisti, sono state predisposte linee guida sulla base delle evidenze presenti in letteratura sull'uso degli antibiotici in età pediatrica, sull'ipertensione e sulle iperlipoproteinemie. Le stesse sono state diffuse ai medici di medicina generale con appositi incontri formativi (sempre tabella 2) ed è in corso un monitoraggio dei dati sulle prescrizioni per formulare una reportistica efficace e ed intelligibile a beneficio dei prescrittori, in modo da favorire consapevolezza circa il proprio comportamento prescrittivo ed il relativo potenziale di auto-controllo. A titolo di esempio, la prima linea guida somministrata sugli antibiotici in pediatria ha già portato risultati incoraggianti con un evidente cambiamento del comportamento prescrittivo dei pediatri di libera scelta a cui, tra l'altro, è associato un calo del 5% della spesa per i farmaci di riferimento.

La realizzazione degli interventi previsti dall'accordo con i Mmg si avvale, sul lato aziendale, delle risorse presenti nei servizi territoriali mentre

Figura 8 - Il concetto di appropriatezza elaborato presso l'Ausl Città di Bologna

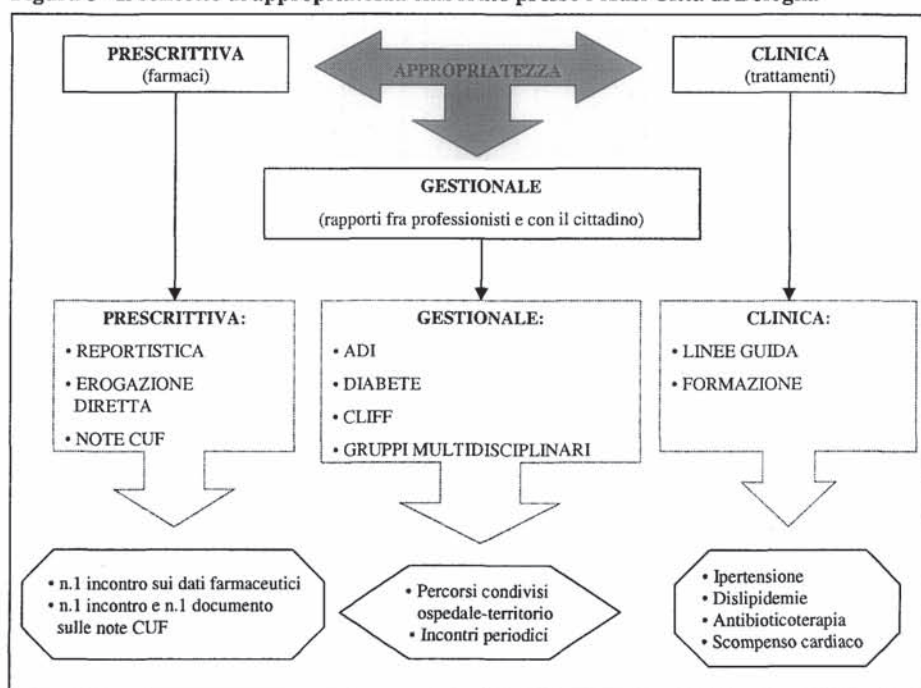


Tabella 2 - Esempio di calendario tematico per gli incontri periodici tra RO di zona e NCP

INCONTRI PLENARI (anno 2000)	ARGOMENTI TRATTATI	PARTECIPANTI
Dati di prescrizione farmaceutica (25 marzo)	Analisi della spesa ed indicatori di prescrizione Reportistica personalizzata per gruppi e/o singoli MMG	134 MMG 15 Altri medici (*) 7 Farmacisti
Iperensione (6 maggio)	Presentazione del documento per la gestione del paziente iperteso Discussione di casi	154 MMG 15 Altri medici (*) 8 Farmacisti
Iperlipoproteinemie (27 maggio)	Autovalutazione delle conoscenze sull'argomento tramite questionario Presentazione del documento per l'individuazione e la gestione dei pazienti dislipidemici Discussione di casi clinici	129 MMG 9 Altri medici (*) 6 Farmacisti
Antiuclera e FANS (12 giugno)	Legislazione farmaceutica (Note CUF) Implicazioni legali dell'atto prescrittivo Evidenze scientifiche di terapia Informazione al cittadino	14 MMG 35 Altri medici (*) 10 Farmacisti
Antibiototerapia (2 dicembre)	Test d'ingresso, resistenze batteriche L'interpretazione degli antibiogrammi Gestione della complessità nell'uso degli antibiotici	250 MMG (aggiornamento obbligatorio)

(*) Medici di altre categorie professionali: ospedalieri, specialisti ambulatoriali, funzionari dell'Azienda USL.

ai medici di medicina generale sono stati riconosciuti incentivi economici. La capacità di adattamento del personale dell'Ausl in ruoli innovativi, la presenza di un accordo tra le parti, risultano in effetti due condizioni necessarie per i risultati raggiunti e per l'avvio di ulteriori iniziative sul territorio. In termini di criticità, vista la dose di complessità insita sia nella materia sia nel processo di condivisione, si segnala la probabile necessità di coinvolgere esperti clinico-scientifici ad hoc, nonché ulteriori referenti operativi supportati da strumenti informativi idonei.

4. Modalità organizzative sperimentate e sistemi operativi attivati

4.1. Modalità organizzative

Viste le difficoltà ed inerzie tipiche di un contesto metropolitano nonché la complessità di un'Azienda sanitaria di grandi dimensioni, un aspetto rilevante attiene alle modalità organizzative poste in essere a garanzia della fattibilità dell'accordo aziendale bolognese e della conseguente riorganizzazione della medicina generale; a questo proposito, si è concordato tra Ausl ed Ooss dei Mmg un approccio finalizzato ad introdurre gradualmente nel corso del 2000 e 2001 un nuovo modello organizzativo. La peculiarità della soluzione adottata consiste nell'identificare, rispetto alla struttura formale dell'Ausl, una dimensione organizzativa intermedia tra Zone distrettuali e singoli Mmg (chiamata nucleo di cure primarie (8) quale evoluzione del preesistente nucleo operativo di assistenza domiciliare (9)) in grado di favorire relazioni professionali qualificate sia all'interno della categoria di Mmg (secondo il confronto tra pari o *peer-review*) sia tra molteplici figure aziendali (medico di organizza-

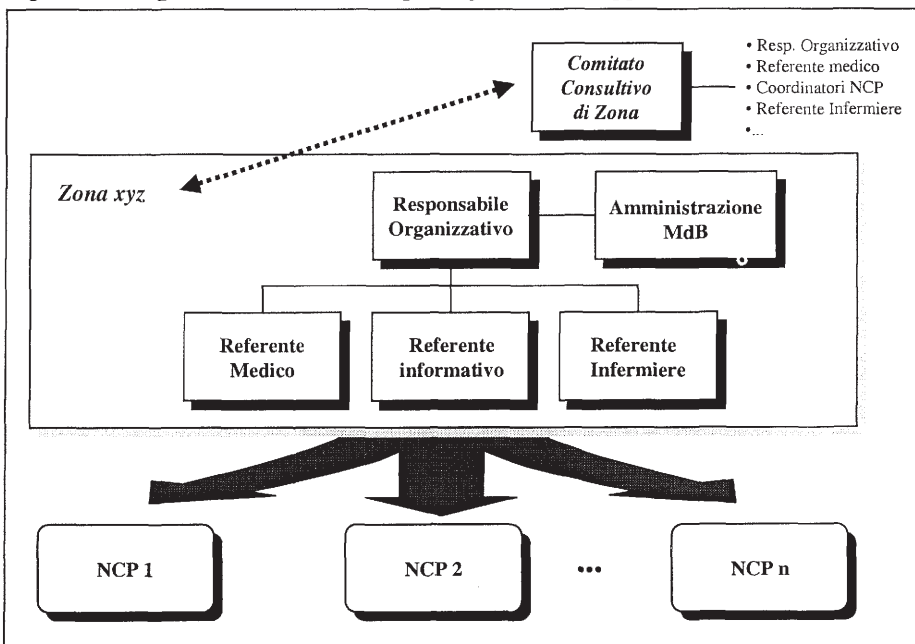
zione, medico di medicina generale, infermieri professionali, personale amministrativo, ecc.). Alla creazione di nuclei di cure primarie corrisponde infatti, sul lato aziendale, una progressiva riorganizzazione delle Zone al fine di costituire interfacce organizzative univoche in grado di gestire tutti gli aspetti professionali del rapporto tra Ausl e medici di medicina generale; l'organizzazione interna delle Zone prevede infatti l'insieme delle competenze necessarie (figura 9) per gestire sia le relazioni che i progetti in cui i Mmg risultano coinvolti.

La creazione dei nuclei di cure primarie appare inoltre guidata da un insieme di criteri generali, concordati con le Ooss dei Mmg per gli aspetti pertinenti, riassunti nel seguito. Innanzitutto, l'aggregazione dei 320 Mmg della Ausl Città di Bologna in 21 Noad intesi come dimensione organizzativa di partenza per il processo di riorganizzazione della medicina di base, cui ha fatto seguito una progressiva ridefinizione del nome di Noad in termini di Nuclei di cure primarie (Ncp),

così come richiesto dal Piano sanitario regionale (Psr), nonché per effetto dell'arricchimento di funzioni derivanti dai progetti aziendali. Contestualmente è stata avviata una revisione delle regole di attivazione e gestione delle forme esistenti di medicina in rete al fine di favorire la maturazione di requisiti professionali ed organizzativi (in linea anche con quanto previsto dalla nuova convenzione per la medicina generale) nonché il consolidarsi di una cultura favorevole ad innovazioni.

Nel corso dell'anno 2000 sono state inoltre concordate alcune funzioni di base per i Ncp, quali: supporto alla diffusione dell'assistenza domiciliare (Adi), contestualizzazione periferica delle classi terapeutiche monitorate dalla CLIFF (10), riferimento per una reportistica informativa a livello di singolo Ncp, interfaccia organizzativa nelle comunicazioni tra Mmg e zona, punto focale per una valutazione a livello di zona circa l'andamento dei progetti aziendali (Adi, deburocratizzazione, diabete, associazionismo,

Figura 9 - L'organizzazione delle Zone per la gestione dei rapporti tra Ausl e Mmg



CLIFF). Una simile impostazione intende costruire gradualmente le premesse per il conferimento di ulteriori proprietà ai Ncp come, ad esempio, la funzione di struttura organizzativa permanente, piuttosto che un'eventuale responsabilità economica di *budget* a livello di Ncp (si sottolinea in tal senso che l'estensione delle funzioni richiederebbe sia una valutazione circa la convenienza aziendale, sia una rinegoziazione sindacale degli accordi nonché un'esplicita adesione volontaria dei Mmg all'uso del *budget*).

Altri aspetti negoziati riguardano la precisazione di alcune regole di massima per la costituzione dei Ncp, nonché un'eventuale ridefinizione dei Ncp sulla base di un processo esplicito di adesione da parte di singoli Mmg: per quanto concerne il primo aspetto, si è concordato che un Ncp deve raggruppare Mmg della stessa zona, con ambulatori possibilmente limitrofi. Inoltre all'interno di un Ncp possono figurare una o più medicine in rete, una o più medicine di gruppo e/o singoli Mmg; le reti o gruppi possono coincidere o esaurire le dimensioni di un Ncp. Relativamente alla ricomposizione dei Ncp, l'obiettivo consiste nel garantire la costituzione di Ncp con dimensioni più ridotte e maggiore propensione al cambiamento organizzativo attraverso una maggiore auto-selezione tra partecipanti.

Sul lato aziendale si poi è cercato di definire i ruoli di responsabile organizzativo di zona e di referente medico (11) in termini di: promozione del corso di formazione sul *budget* per Mmg nell'anno 2000 (R.o. & R.m.), promozione delle forme di associazionismo medico (Responsabile organizzativo - R.o. & Referente medico - R.m.), partecipazione alla programmazione centrale della CLIFF (R.m.), contestualizzazione periferica della CLIFF (R.o. in qualità di responsabile, R.m. in qualità di promotore), pro-

mozione dei progetti Adi, deburocratizzazione, diabete (R.o. & R.m.), convocazione e partecipazione alle riunioni con singoli NCP (R.o. in qualità di responsabile di zona, R.m. in qualità di consulente). Altri ruoli codificati a livello aziendali riguardano il referente informativo e l'amministrazione della medicina di base: il ruolo di referente informativo, ovvero responsabile della gestione operativa della programmazione e controllo di una Zona nonché della reportistica, può essere centralizzato in modo da favorire sinergie tra più Zone. Al proposito deve essere solo garantito che il R.o. possa disporre nei tempi e nei modi dovuti delle informazioni e degli strumenti necessari per il governo dei propri gruppi di medici. Allo stesso modo l'amministrazione dovrebbe dipendere gerarchicamente dal R.o., in una posizione di *staff*, al fine di consentire una gestione unitaria tra contenuti professionali e leva retributiva.

Infine, dal punto di vista operativo, si è pianificato un calendario tematico di incontri periodici tra R.o. e nuclei di ogni Zona per discutere di temi rilevanti per la medicina generale confrontandosi sull'andamento dei progetti aziendali previsti dall'accordo con i Mmg. La convocazione dei Ncp presuppone un incontro preparatorio tra R.o. e referenti/coordinatori dei nuclei al fine di visionare dati e concordare i messaggi da condividere con il resto dei medici di medicina generale nel successivo incontro plenario di Ncp. A titolo indicativo si riporta in tabella 3 un esempio di calendario programmato per il 2000, aggiornato per l'anno 2001 in funzione dell'esperienza e della fattibilità riscontrata per il calendario del 2000 (es. programmazione di incontri bimestrali per singolo argomento anziché mensili).

Al di là dei criteri guida concordati, i Ncp costituiscono un modello organizzativo sperimentale per la medicina territoriale; i medici di medicina

Tabella 3 - Esempio di calendario tematico per gli incontri periodici tra RO di Zona e NCP

Anno 2000	Programmazione indicativa degli incontri tra RO & NCP
Marzo	Seminario con i RO, i Coordinatori di NCP/NOAD, per illustrare le future modalità di raccordo tra DCP, Zone, NCP/NOAD.
Aprile	Progetto ADI e relativa reportistica.
Maggio	Progetto Diabete e relativa reportistica.
Giugno	Progetto Farmaci e relativa reportistica.
Settembre	Associazionismo medico.
Ottobre	Andamento progetti ADI e Diabete.
Novembre	Andamento progetti Farmaci e Deburocratizzazione.
Dicembre	Verifica finale di tutti gli argomenti (aggiornata a gennaio 2001).

generale che vi appartengono condividono un «legame funzionale» (e non già strutturale) su alcuni aspetti organizzativi e gestionali. È possibile che in futuro gli stessi Ncp si sviluppino ulteriormente acquisendo nuovi contenuti e significati nel senso prospettato dalla nuova convenzione per la Medicina generale (ove si parla di equipe territoriale) piuttosto che in funzione delle indicazioni provenienti dalla Regione Emilia-Romagna per la costituzione di Ncp intesi come «una rete clinica di moduli organizzativi per aree omogenee territoriali di 10/30.000 abitanti che erogano assistenza medica e infermieristica, assistenza ostetrica e pediatrica, assistenza domiciliare, farmaceutica, sociale». I Ncp rappresentano in effetti un modello organizzativo flessibile ed evolutivo (figura 10); i singoli nuclei possono raggruppare unicamente (e/o inizialmente) singoli professionisti, piuttosto che professionisti e forme propriamente associative, oppure sovrapporsi completamente con un'unica associazione medica per arrivare, infine, a coincidere con una vera e propria *équipe* multifunzionale (si veda in proposito la figura). In quest'ottica i nuclei stessi potrebbero evolvere e diventare nel tempo l'interfaccia più significativa (in quanto comprensiva delle varie forme associative) per la gestione delle relazioni tra medici di medicina generale e strutture aziendali (siano esse le zone, i distretti, o il nascente dipartimento delle cure primarie).

Oltre ad ispirarsi ai criteri generali esposti, i Ncp si caratterizzano anche per alcune condizioni operative nel rispetto di quanto concordato nell'accordo aziendale di medicina generale:

- adesione facoltativa dei Mmg ai progetti aziendali;
- consultazione facoltativa di reports periodici inviati dall'azienda attinenti alla prescrizione farmaceuti-

ca, all'applicazione delle linee guida concordate, ai progetti aziendali in corso di realizzazione (es. Adi, diabete, ecc.);

- partecipazione ad incontri di revisione della qualità nelle attività e nella appropriatezza prescrittiva, sia del singolo Mmg che del Ncp, per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati negli accordi aziendali;

- disponibilità ad effettuare i suddetti incontri mensili alla presenza del Mmg referente per il Ncp e del responsabile organizzativo del distretto o Zona di pertinenza;

- possibilità di garantire la continuità assistenziale diurna attraverso un coordinamento degli orari di apertura degli ambulatori disponibili a garantire il servizio;

- comunicazione opzionale agli iscritti di orari, prestazioni aggiuntive o sostitutive derivanti dall'appartenenza dei Mmg al nucleo di cure primarie;

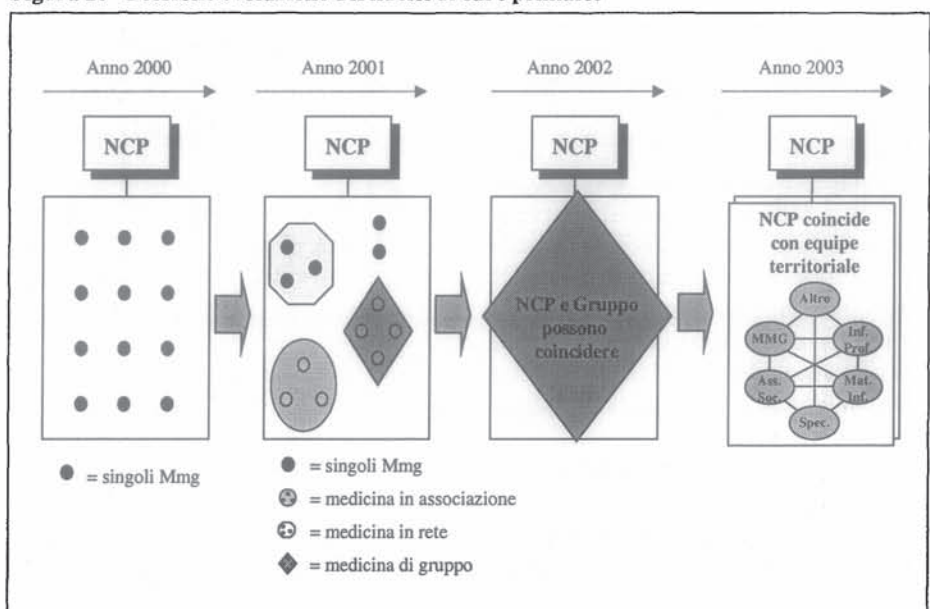
- possibile sostituzione reciproca tra Mmg appartenenti al medesimo

Ncp sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza di uno o più medici, nel rispetto delle norme del codice deontologico e della libera scelta del cittadino;

- attivazione facoltativa, da parte dei partecipanti al Ncp, di un numero telefonico unico per la ricezione delle richieste di visite domiciliari durante il sabato e nei giorni prefestivi; ai Mmg che partecipano ai progetti aziendali e si riconoscono nelle attività del Ncp vengono riconosciuti i compensi previsti dall'accordo aziendale concordato tra l'Ausl Città di Bologna e la Fimmg.

In definitiva, le modalità organizzative in corso di sperimentazione in medicina generale a Bologna città esprimono la volontà di dotare l'azienda ed i suoi medici con soluzioni operative in grado di supportare l'applicazione degli accordi aziendali e, al contempo, favorire il governo dei fenomeni sanitari compatibilmente con gli obiettivi dell'Ausl e le pressioni derivanti dall'evoluzione del sistema sanitario a livello regionale e nazionale.

Figura 10 - Possibile evoluzione dei nuclei di cure primarie



4.2. Sistemi operativi

I Ncp rappresentano un'infrastruttura organizzativa di base, concreta e collegiale, in grado di sostenere l'introduzione di eventuali nuovi sistemi operativi (sistemi di programmazione e controllo, sistemi di *reporting*, sistemi informativi condivisi, ecc.) finalizzati a creare le premesse per una responsabilizzazione complessiva e condivisa tra Ausl e Mmg circa la qualità delle cure primarie ed il consumo di risorse aziendali. In effetti, siccome ai Mmg viene oggi chiesto un contributo sia in termini di governo della domanda (una delle caratteristiche della funzione di committenza) sia di ampliamento del proprio portafoglio di prestazioni/servizi (funzione di produzione), risulta prioritario approntare strumenti manageriali e sistemi operativi per garantire correttezza e fattibilità nell'esercizio delle funzioni richieste.

A questo proposito, va precisato che la presenza dei Ncp non intende sostituirsi alle forme di rappresentanza sindacale o scientifica, bensì affiancare a quest'ultime una capacità gestionale in grado di favorire comportamenti professionali allineati con gli obiettivi aziendali ed i contenuti degli accordi con i Mmg. L'esperienza bolognese costituisce quindi un esempio di applicazione del principio di distinzione delle funzioni (Vendramini, 2001): ad ognuno di questi ambiti deve corrispondere un organismo separato, per non confondere piani distinti anche se pur tra loro correlati. D'altro canto, la soluzione sperimentata non impedisce che uno stesso professionista operi in più di un ambito, declinando però punti di vista differenti, coerenti alle finalità del momento o contesto (sindacale, scientifico o gestionale). Mentre la rappresentanza sindacale ha il compito di negoziare le specificazioni azienda-

li della convenzione, contribuendo quindi a definire regole e confini delle sperimentazioni gestionali, nonché monitorandone l'effettiva applicazione, i momenti tecnico-professionali sono invece indispensabili per discutere, concordare e condividere rilevanti questioni scientifiche (es. approcci basati sull'utilizzo delle evidenze scientifiche, percorsi per patologia, linee guida, meccanismi di integrazione assistenziale e diagnostica, indicatori per valutare i risultati, ecc). Gli ambiti gestionali risultano infine fondamentali per coinvolgere i Mmg nelle decisioni riguardanti le politiche sanitarie ed allocative delle Ausl, ottenendo quindi una collaborazione dei professionisti su aspetti quali:

- l'adesioni a progetti di sperimentazione manageriale (la cui partecipazione è libera e volontaria, trattandosi di professionisti convenzionati e non dipendenti);

- il coordinamento dei progetti aziendali (tra membri si un'associazione medica o a livello di Ncp);

- la condivisione tra pari ed il confronto con l'Ausl nei processi di *reporting*;

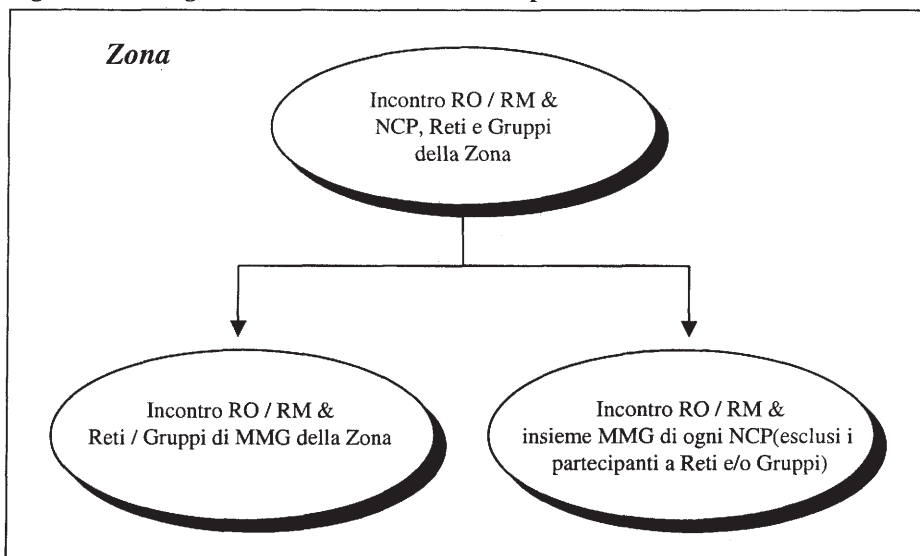
- la negoziazione delle *performance* attese con i Mmg sui singoli obiettivi delle sperimentazioni;

- la valutazione *ex post* sul raggiungimento dei risultati e sulla selezione di progetti ed obiettivi nell'ambito di un processo continuo di programmazione e controllo.

4.2.1. Sistema di programmazione & controllo

Vista la finalità di riuscire ad inserire organicamente la medicina generale nella programmazione complessiva d'azienda, la collocazione organizzativa degli ambiti gestionali può risultare delicata. A Bologna città si è concordato una duplice articolazione costituita, a livello di ogni Zona, dai singoli Ncp e dal tavolo tra responsabile organizzativo e coordinatori dei Ncp in modo da riuscire a contemperare la complessità (es. 320 Mmg) con la fattibilità del meccanismo operativo. Ogni ciclo di incontri prevede infatti una riunione preparatoria di zona e riunioni periferiche a livello di Ncp e/o associazioni mediche (figura 11); in definitiva, a livello aziendale, con 6 riunioni di Zona e 21 riunioni dei Ncp,

Figura 11 - Ciclo gestionale incentrato su Zone e Ncp



più ulteriori incontri per forme associative, si esaurisce il ciclo gestionale per tutta la medicina generale.

Sulla base di questa impostazione, si sottolinea fin d'ora per l'anno 2001 la necessità di agevolare il ruolo di coordinatore di Ncp, attualmente svolto da Mmg disponibili a maturare alcune competenze gestionali complementari a quelle clinico-sanitarie, al fine di evitare il ripresentarsi di tipiche manifestazioni di mancanza di coordinamento tra Ausl e medicina generale quali, quali ad esempio:

— dispersione della relazione in una pluralità di ruoli ed interfacce all'interno dell'Ausl;

— debole raccordo tra le unità organizzative dell'Ausl rispetto ai messaggi da inviare ai Mmg/Pls;

— sostanziale frattura tra la componente amministrativa e quella sanitaria;

— confusione di ruoli consulenziali e di controllo burocratico nei confronti dei Mmg/Pls: l'unità organizzativa che si propone come ispettore non può rivendicare anche un ruolo credibile di consulente (da cui la distinzione tra R.o. e R.m. a livello di zone richiamata in precedenza).

In conclusione, quindi, il sistema operativo di programmazione e controllo sperimentato a Bologna ha il vantaggio di attribuire alla responsabilità di un solo dirigente (R.o. di zona) il rapporto con i Mmg, mentre gli altri operatori agiscono in ruolo di *staff*, superando l'attuale frammentazione organizzativa dell'interfaccia aziendale con i medici. In particolare le relazioni amministrative e sanitarie vengono ricondotte ad una sintesi unitaria: il R.o. che programma le attività mediche e il livello di consumi sanitari attesi, influenza anche il riconoscimento degli incentivi previsti dagli accordi aziendali, dialoga alternativamente con la singola associazione di medici o con tutte le associazioni, a

seconda dello stato di evoluzione dei Ncp. In questo sistema, inoltre, si separa il compito di controllo esercitato dal R.o. dal ruolo del R.m., che invece dovrebbe operare maggiormente come consulente dei medici; quest'ultimo supporta i colleghi nell'elaborazione dei percorsi per patologia, nell'attivazione dei programmi aziendali, nella lettura della loro reportistica, nella preparazione della negoziazione sui singoli obiettivi (all'interno del quadro di obiettivi concordati con l'Ooss dei Mmg), nella diffusione dell'associazionismo.

Come già specificato a proposito del coordinatore di Ncp, anche per il R.m. si sottolinea fin d'ora la volontà dell'Ausl di prevedere alcune iniziative formative, nel corso del 2001, finalizzate ad incentivare le competenze sanitarie e gestionali richieste dal suo duplice ruolo, all'interno di una Zona, quale referente operativo (es. procedure autorizzative sull'Adi) e consulente medico (es. *tutorship* scientifico-gestionale per altri Mmg). Pertanto, a titolo indicativo, si anticipano alcuni argomenti allo studio per eventuali interventi formativi destinati nel 2001 a coordinatori Ncp e referenti medici:

— relazione tra la nuova convenzione per i Mmg e l'esperienza bolognese;

— strumenti manageriali per l'auto-governo in medicina generale;

— uso di strumenti gestionali in medicina generale (reportistica per Mmg, valutazioni congiunte a livello di Mmg/Ncp/Zone, programmazione delle attività, ecc.);

— gestione del confronto professionale tra pari o *peer-review* (aspetti micro-organizzativi dei Ncp, dinamiche del lavoro di gruppo, condizioni operative, ecc.);

— sviluppo dell'associazionismo medico (potenzialità, tendenze e testimonianze dirette dalla realtà di Bologna);

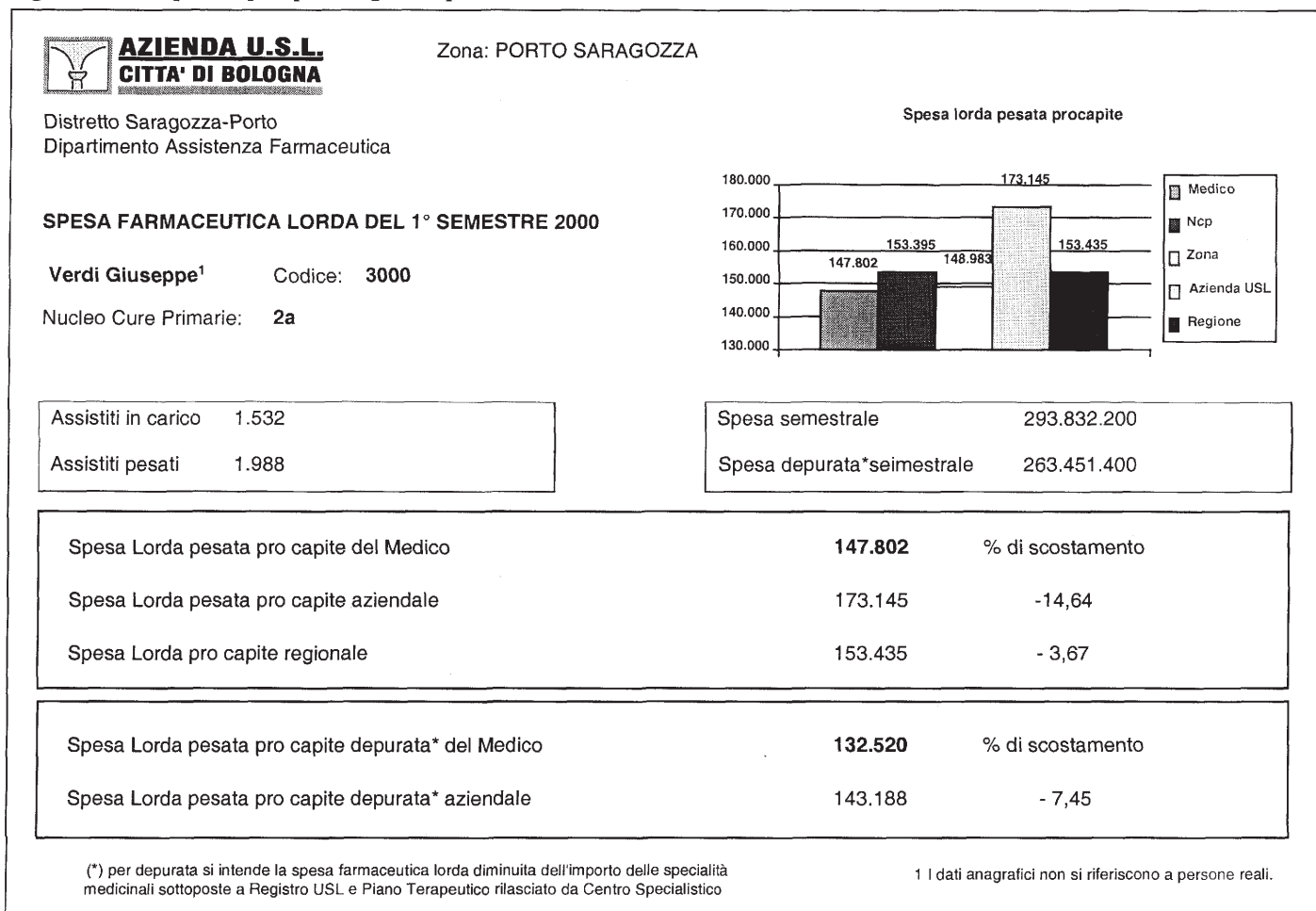
— problematiche, soluzioni, esperienze nella gestione di progetti aziendali (applicazione di linee guida, cicli di *budget*, attivazione di percorsi del paziente, ecc.).

4.2.2. Sistema di *reporting*

Il sistema di *reporting* rappresenta un argomento trasversale a sostegno della maggior parte delle iniziative aziendali derivanti dall'accordo con i Mmg; infatti, sia le attività più innovative (es. Adi, percorso diabete) sia gli interventi strutturali (es. appropriatezza in senso complessivo, riorganizzazione della medicina generale) determinano un'evoluzione del fabbisogno conoscitivo, sia in termini di quantità che di qualità, rispetto alle conoscenze e competenze informative disponibili presso l'Ausl ed i suoi Mmg. In quest'ottica si inseriscono gli investimenti già effettuati per sostenere l'informatizzazione dei Mmg, per garantire l'interscambio di informazioni (es. medici in rete), per sviluppare la capacità di elaborazione delle informazioni all'interno dell'Ausl (es. *data-warehouse* aziendale). Al di là della maturazione di alcune condizioni oggettive e necessarie, occorre poi sottolineare la centralità dello sforzo professionale avviato, almeno in campo farmaceutico (figure 12 e 13), per progettare e distribuire informazioni mirate rispetto sia alle esigenze dei Mmg (es. proposte di *reports* trimestrali con le prescrizioni farmaceutiche personali e di gruppi di Mmg in termini di spesa, principali patologie, dosi erogate) sia ai molteplici livelli organizzativi esistenti (es. singoli Mmg, associazioni e/o Ncp, Zone).

Le innovazioni progettate e, in parte realizzate, riguardo al sistema di *reporting* rispondono in effetti all'idea di fornire una reportistica integrata in grado di contemplare l'insieme delle attività del Mmg e quindi la sfera com-

Figura 12 - Esempio di report per Mmg sulla spesa farmaceutica



plexiva dei rapporti professionali con l'Ausl. Nel corso dell'anno 2000 è anche emersa l'esigenza di accompagnare i reports con una guida all'interpretazione degli indicatori ed alla lettura dei dati (siano essi di spesa, attività medica o relativi a determinate patologie). Al riguardo, la responsabile del gruppo di lavoro (12) su indicatori e analisi dati, si esprime nei seguenti termini: «nella grande quantità di dati e indicatori che possono essere ricavati direttamente dalle ricette e dalle banche dati collegate alle ricette (assistiti, medici prescrittori, farmaci), si è deciso di scegliere poche informazioni di base, chiare e sintetiche. I prospetti elaborati non possono e non de-

vono essere considerati definitivi, ma rappresentano un approccio più leggibile, in grado di porre l'accento su problemi ben precisi come la qualità dei dati, le principali classi di prescrizione farmaceutica, il confronto con i dati statistici riferiti a colleghi di ambiti territoriali più ampi. In generale, se si può dire che non esistono aziende che non abbiano problemi, non devono però esistere aziende che hanno sempre gli stessi problemi; i dati, dovendo essere lo strumento per risolvere i problemi, devono adeguarsi alle esigenze dell'azienda».

Da questo punto di vista, l'intervento sulla reportistica appare dunque animato da alcuni principi di fondo

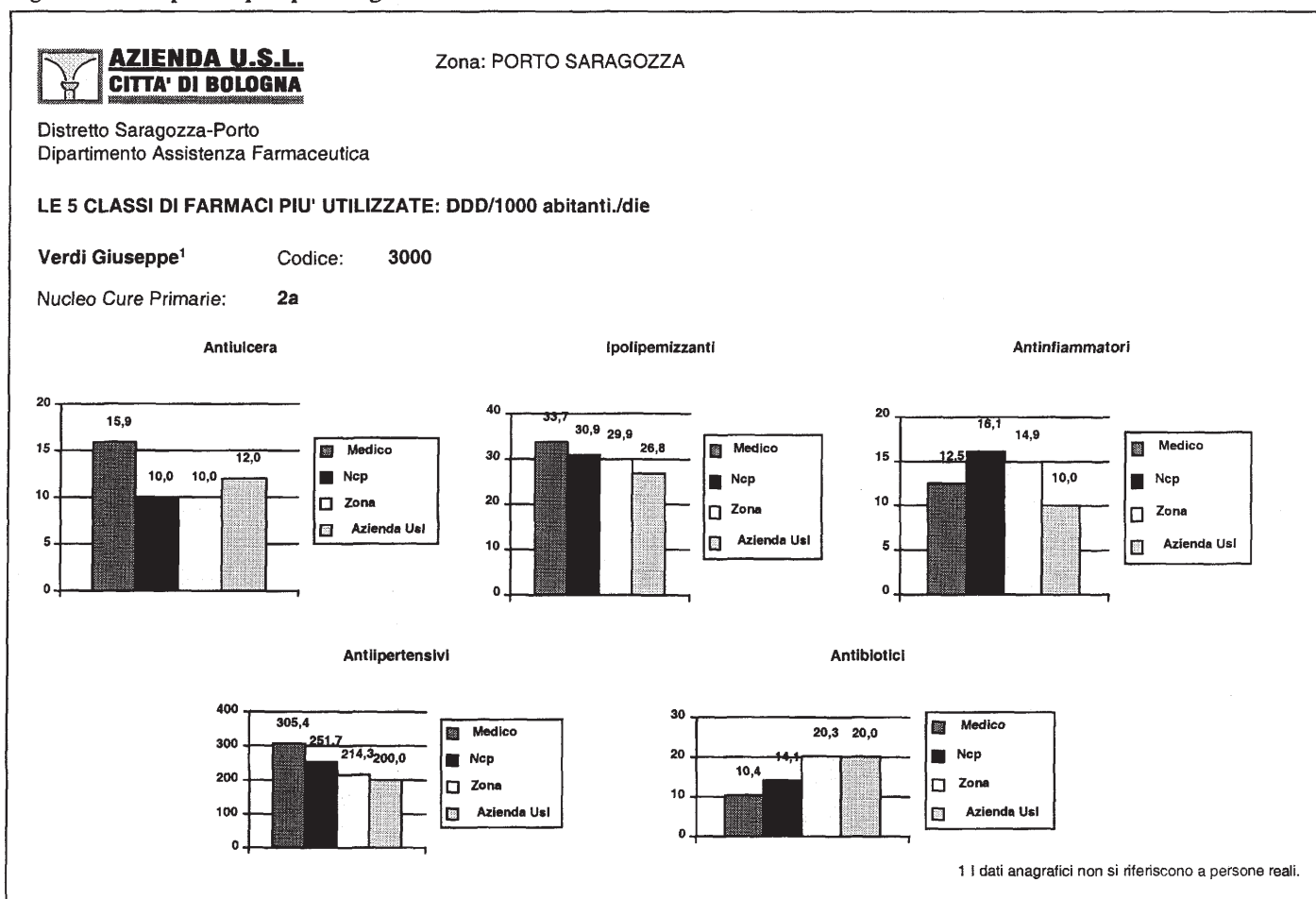
riassunti, per questioni espositive, nei punti successivi:

— bilanciamento tra analiticità e intelligibilità (es. dati di sintesi come standard distribuito a tutti i Mmg, eventuali livelli di dettaglio disponibili su richiesta o tramite supporti diversificati — es. in prospettiva, consultazioni via *internet*);

— standardizzazione nella struttura dei reports (es. grafica uniforme per i dati sulla farmaceutica, specialistica ambulatoriale, ricoveri) e periodicità possibilmente univoca (es. salvo eccezioni, il trimestre);

— inserimento di valori *gold standard* (negoziati in prospettiva con i Mmg) invece di valori medi azienda-

Figura 13 - Esempio di report per Mmg sui consumi farmaceutici



li per favorire comportamenti di «auto-controllo professionale» anziché di «andamento in media» a seconda dello storico per gruppi o singoli Mmg;

— diversificazione delle forme di presentazione (*report* per zona, per Ncp/Noad, per reti e gruppi, per singoli Mmg);

— personalizzazione delle modalità distributive (es. analisi congiunta del *report* tra R.o. e Ncp/Noad o reti e gruppi vs. invio di *reports* ai singoli Mmg).

Per quanto concerne contenuti, indicatori, capacità di elaborazione di un sistema di *reporting* in ottica integrata, nel corso dell'anno 2000 sono state formulate alcune proposte, parzial-

mente realizzate, compatibilmente sia all'accordo con i Mmg sia alle tecnologie e competenze informatiche disponibili in azienda o presso gli ambulatori:

— per la spesa farmaceutica (es. dati di spesa lorda pesata *pro-capite* come riferimento imparziale; sintesi dei contenuti ed indicatori degli attuali *report* mensili e trimestrali, si ritorni in proposito alla figura 10);

— per la spesa per ricoveri (es. eventuali dati sui primi 10 Drg, correlazione per patologie tra tasso di ospedalizzazione o Drg e spesa farmaceutica);

— indicatori per l'applicazione di linee guida (es. duplice vista in termi-

ni di Ddd/1000 abitanti/die per valutare l'appropriatezza diagnostica — figura 11 — e come *mix %* in Ddd per valutare l'appropriatezza terapeutica);

— indicatori per l'Adi (es. indicatori di *start-up* e possibile valore di *gold standard*-proporzione casi Adi attivati vs. proporzione *standard* tra tipologie Adi);

— indicatori per il diabete (possibile valore di *gold standard-%* pazienti presi in carico dai Mmg vs. obiettivo, tenuto conto dell'attrazione esercitata dagli ospedali cittadini).

Dal punto di vista operativo l'anno 2000 ha quindi registrato un notevole sforzo di riprogettazione del sistema di *reporting* sia in ambito farmaceuti-

co, sostenuto dall'intervento per l'appropriatezza e dai lavori della CLIFF, sia per quanto concerne alcuni indicatori di base per la diffusione dell'Adi. Per quanto concerne il percorso di diabete, è stata invece avviata un'attività preliminare di raccolta dei dati e nel corso del 2001 dovrebbero risultare disponibili le prime sintesi. Il miglioramento della reportistica, se da un lato suscita l'interesse sia dei Mmg (es. prime 5 classi di farmaci in termini di prescrizioni) che dell'Ausl (es. confronti della spesa farmaceutica fra primo trimestre 1999-2000 e previsioni di spesa), dall'altra, sottolinea l'esistenza di problemi strutturali risolvibili a livello tecnico (es. qualità dei dati trascritti nelle ricette) piuttosto che ritardi nella messa a regime di iniziative già concordate (es. report sulle linee guida). Simili ed altre considerazioni devono richiamare l'attenzione sulla criticità di un mancato rafforzamento del sistema di reporting nel corso dell'anno 2001; l'innovatività delle scelte organizzative sperimentate e la maturazione del percorso professionale intrapreso richiedono l'inevitabile completamento dell'investimento con il contributo decisionale ed operativo sia dell'Ausl che dei Mmg.

5. Conclusioni e spunti per il futuro

Trarre conclusioni certe e definitive sull'esito dell'esperienza bolognese in medicina generale a breve distanza potrebbe risultare un'operazione fragile sia sul piano concettuale che pratico; tuttavia appare legittimo sottolineare una tendenza, o meglio un'inversione di tendenza, soprattutto nei rapporti professionali tra Ausl e medici di medicina generale per i quali il principio ispiratore risulta sempre più spesso una disponibilità reciproca a saggiare forme di responsabilità comune nella gestione della salute dei pazienti, preservando al contempo

ruoli, trascorsi storici e specificità locali.

Come si ricordava in premessa, l'accordo aziendale del 1999-2000 segna l'avvio di una progressione culturale e professionale, contraddistinta dalla sperimentazione di progetti e strumenti innovativi tesi a valorizzare il ruolo del medico di medicina generale quale primo gestore della salute del cittadino nonché diretto conoscitore del suo ambiente familiare, sociale e culturale. In effetti, la medicina generale rappresenta un patrimonio particolare del Ssn italiano e può o deve costituire uno snodo fondamentale per l'organizzazione e la strutturazione di nuovi servizi territoriali per le cure primarie; in tal senso, le sfide e gli obiettivi connessi all'evoluzione del ruolo di Mmg (figura 14) comportano opportunità professionali così come naturali resistenze della categoria rispetto ad una domanda sanitaria sempre più esigente ed indistinta (es. il bisogno del paziente in assistenza domiciliare integrata difficilmente distingue tra prestazioni sociali erogate da operatori dell'Ausl, di una cooperativa sociale o di un ente locale).

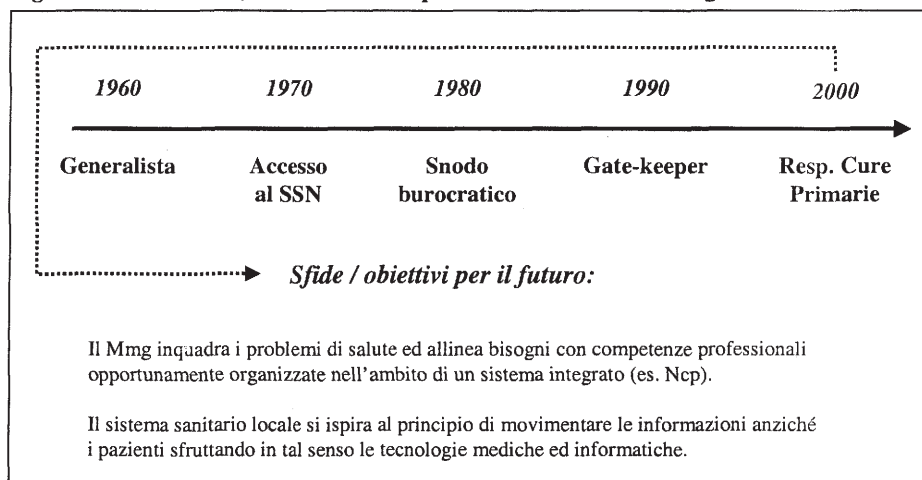
In sintesi, la vera sfida consiste allora nel far evolvere la figura del medico di medicina generale in senso ar-

monioso e conveniente rispetto alle aspettative dei cittadini, alle dinamiche del sistema sanitario locale, preservando ruoli e competenze ma sfruttando anche le modifiche del contesto locale a vantaggio del paziente, della professione, dell'Ausl.

In una prospettiva simile è dunque possibile aggiungere alcuni spunti di riflessione per il futuro tra cui, a titolo esemplificativo, si evidenzia:

— la necessità di stabilizzare, sia livello aziendale che tra gli stessi Mmg, le modalità organizzative sperimentate (es. interfaccia univoca per Mmg a livello di Zona), i sistemi operativi introdotti (es. sistemi di programmazione e di reporting), anziché perseguire e sovrapporre continue innovazioni. Un periodo di consolidamento degli accordi in medicina generale appare effettivamente indicato per far crescere la familiarità nell'uso di strumenti manageriali al fine di «gestire e garantire» un miglioramento continuo tanto dei processi decisionali quanto della pratica operativa, rispetto al «pensare ed adattare» continuamente nuovi modelli organizzativi e ulteriori strumenti gestionali. Oltretutto, affinare strumenti manageriali e modalità operative locali significa valorizzare e rafforzare le specificità dell'Ausl di Bolo-

Figura 14 - Evoluzione, sfide ed obiettivi per il futuro della medicina generale



gna anche in un'ottica di confronti negoziali più bilanciati tra attori sanitari nell'ambito del contesto metropolitano o regionale;

— l'esigenza di favorire una cultura aziendale orientata, da un lato, alla valutazione di risultati e qualità nella programmazione e controllo, dall'altra, a processi di confronto tra Ausl e Mmg sulla base di dati (es. *reports*) ed evidenze empiriche; al riguardo si auspica anche la possibilità di incentivare incontri sistematici tra Mmg e detentori aziendali o locali di *know-how* scientifico (es. farmacisti, epidemiologi, specialisti ospedalieri, ecc.), possibilmente in via prioritaria rispetto a convegni con esperti nazionali o internazionali che, per quanto utili in termini di aggiornamento professionale, difficilmente consentono una coniugazione tra efficacia scientifica ed appropriatezza, così come concepita ed elaborata a Bologna (si ritorni in proposito alla figura 6);

— l'opportunità di dare stabilità ai rapporti tra Ausl e Mmg definendo il livello contrattuale di riferimento; oltre alla convenzione nazionale, la presenza di una negoziazione aziendale può costituire un punto di riferimento prezioso, complementare rispetto ad ambiti scientifici (es. commissioni di lavoro) o gestionali (es. Ncp), al fine di garantire continuità operativa, espressione delle soggettività locali, selezione di obiettivi ed incentivi appropriati (es. monetari, produttivi, organizzativi, ecc.);

— la criticità dell'estensione dei «rapporti privilegiati» tra Ausl e Mmg alla parte di medici non sperimentatori o disinteressati rispetto ai contenuti degli accordi, ai progetti attivati. In quest'ottica occorre non trascurare il tema dell'equità assistenziale sia in termini di coinvolgimento di un numero maggiore di Mmg, sia nei confronti dei pazienti di medici non sperimentatori (es. pazienti diabetici di

Mmg non sperimentatori). L'aumento di massa critica legato al coinvolgimento di un numero maggiore di professionisti è nell'interesse sia dell'Ausl, sia delle Ooss dei Mmg, sia dei pazienti, in quanto accresce l'uniformità di standard e livelli di assistenza su tutto il territorio. Al riguardo occorre probabilmente promuovere la comunicazione dell'esperienza bolognese 1999-2000 nei confronti di operatori sanitari, attori socio-politici, cittadini;

— l'utilità di strumenti come linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici nel generare risultati non sempre apprezzabili in termini di risparmio finanziario, soprattutto a breve termine, bensì anche in tema di forme di governo della domanda e dei consumi sanitari. Come sempre, l'uso inconsapevole di strumenti non è detto che provochi risultati automatici mentre l'esercizio della discrezionalità nel decidere quali obiettivi perseguire, con quali strumenti, crea invece le condizioni per raggiungere dei risultati gestionali. Ciò presuppone visione strategica e disponibilità di strumenti operativi; un uso più focalizzato di questi strumenti (es. per la gestione integrata di patologie come il diabete, l'ipertensione, ecc.) appare pertanto rilevante al fine di radicare competenze, propensione al cambiamento, responsabilità sui risultati, disponibilità culturale tra Mmg ed all'interno dell'Ausl;

— la reciproca convenienza, infine, a negoziare una progressiva specializzazione ed integrazione dei ruoli tra attori del territorio (es. responsabilità per le cure primarie) e specialisti dell'ospedale (es. responsabilità per le cure complesse o diagnostiche) al fine di mantenere e potenziare l'attrattività del circuito sanitario locale anziché innescare conflitti incrociati per l'acquisizione di spazi professionali e finanziari con inevitabili ricadute in ter-

mini di confusione e disservizi per i pazienti.

(1) Abbreviato con Mmg nel seguito del testo.

(2) La distinzione tra funzione di produzione e committenza è disciplinata nell'ambito delle linee guida di attuazione del terzo Piano sanitario 1999-2001 della Regione Emilia-Romagna (delibera regionale 309/2000), dove per produzione si intende la «garanzia di modalità omogenee di erogazione e fruizione dei servizi sanitari, caratterizzati da integrazione e tempestività, sull'intero territorio regionale», mentre la committenza viene intesa come «definizione di servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di un determinato territorio e come strumento indispensabile per la programmazione».

(3) CLIFF indica la commissione aziendale multidisciplinare responsabile per l'elaborazione di linee guida, la definizione di indicatori ed il controllo dell'appropriatezza nella prescrizione farmaceutica, l'aggiornamento in materia di farmaci e farmacovigilanza.

(4) Di cui 164 neo-diagnosticati, pari al 16%; 335, pari al 34%, hanno completato l'intero programma; 512, pari al 52%, hanno effettuato 3 controlli.

(5) Noad sta per Nucleo operativo per l'assistenza domiciliare, Ncp per Nucleo delle cure primarie (per ulteriori dettagli si veda alla sezione 4.1 sulle modalità organizzative).

(6) Questa nuova relazione tra medici non è gerarchica bensì tra pari, presupponendo quindi un contesto lavorativo in cui la leadership personale o il consenso di fatto sostituiscono l'autorità nella soluzione di problematiche e nelle decisioni comuni (es. regole ambulatorio, adozione linee guida, ecc.).

(7) ADP sta per Assistenza domiciliare programmata.

(8) Nel seguito del documento indicato come Ncp.

(9) Nel seguito del documento indicato come Noad.

(10) Si ricorda che CLIFF indica la commissione aziendale multidisciplinare responsabile per l'elaborazione di linee guida, la definizione di indicatori ed il controllo dell'appropriatezza nella prescrizione farmaceutica, l'aggiornamento in materia di farmaci e farmacovigilanza.

(11) Abbreviati in R.o. (Responsabile organizzativo) e R.m. (Referente medico) nel seguito del documento.

(12) Il gruppo di lavoro rappresenta una componente della commissione aziendale CLIFF già citata in precedenza.

BIBLIOGRAFIA

- LANDAU J., BRAMBILLA A., «La medicina di gruppo a Milano e Provincia: i reali contenuti», *Mecosan - Management ed Economia Sanitaria*, 37, pagg. 93-103.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2000), *Linee guida di attuazione del terzo Piano sanitario 1999-2001 della Regione Emilia-Romagna* (delibera regionale 309/2000).
- TEDESCHI P. (2001), «Il sotto-sistema informativo aziendale per la gestione della medicina generale», in AA.VV. (2001), *Il budget e la medicina generale*, capitolo 7, pagg. 143-184, McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2001), «Organizzazione e sistemi operativi dell'Azienda Unità sanitaria locale per il governo della medicina generale», in AA.VV. (2001), *Il budget e la medicina generale*, capitolo 2, pagg. 19-39, McGraw-Hill, Milano.

CENTRO RIABILITATIVO MAURIZIANO E RETE INTEGRATA DEI PRESIDI OSPEDALIERI MAURIZIANI

F. Boraso, C. Bosio, V. Carpignano, L. Melossi, S. Torrenco, G.P. Zanetta, M. Zettin

Ordine Mauriziano di Torino

SOMMARIO: 0. Introduzione - 1. Riabilitazione e disabilità - 2. Livelli assistenziali riabilitativi - 3. La rete riabilitativa integrata dei presidi ospedalieri mauriziani - 4. Conclusioni.

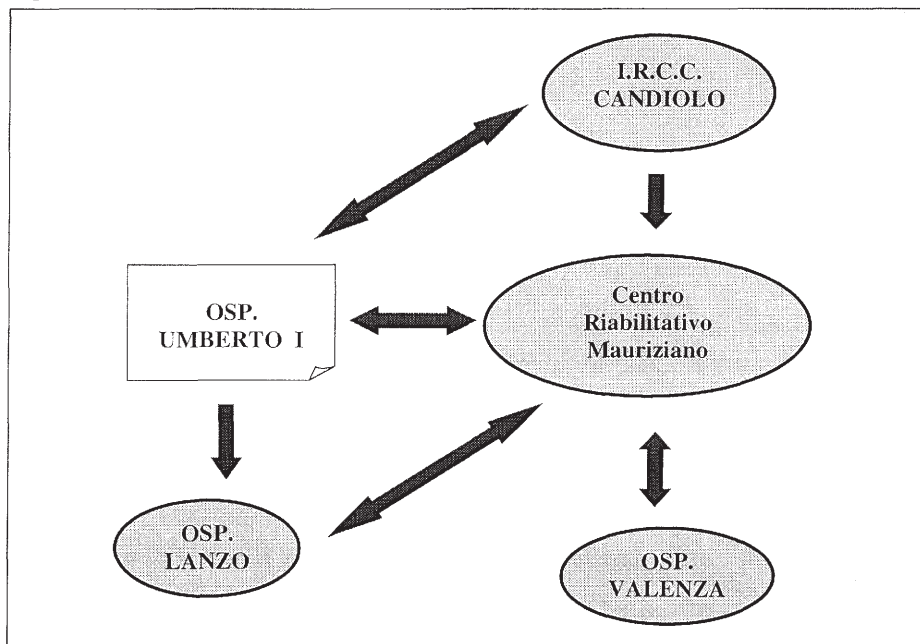
0. Introduzione

L'Ordine Mauriziano, ente di diritto pubblico dotato di autonomia giuridica, svolge tra i suoi compiti istituzionali attività assistenziale nell'ambito dell'articolazione nosocomiale pubblica regionale. A tal scopo si avvale di cinque strutture ospedaliere aventi caratteristiche logistiche e assistenziali differenti: Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, Ospedale Mauriziano di Lanzo, Ospedale Mauriziano di Valenza, poliambulatorio di Luserna, più un ospedale, I.R.C.C. di Candiolo, di proprietà della Fondazione piemontese per la ricerca e cura sul cancro, gestito per convenzione dall'Ordine Mauriziano. La diversa dislocazione territoriale, se pur nell'ambito della Regione Piemonte, e la differente specializzazione propria di ciascun nosocomio hanno determinato la necessità di intensificare canali di collegamento e rapporti di interazione fra le diverse realtà mauriziane. In risposta alla domanda di salute sempre più qualificata da parte dell'utenza, è sorto il progetto volto all'istituzione di una rete mauriziana atta a garantire percorsi di cura integrati ad alta specializzazione. In particolare l'assistenza riabilitativa viene ad essere oggetto di revisione organizzativa allo

scopo di integrare e completare il percorso di cura e garantire al paziente cure specifiche in ogni fase del suo recupero. In tale prospettiva diventa essenziale programmare un processo di riconversione e di potenziamento delle strutture ospedaliere mauriziane, secondo il progetto di rete di cui alla figura 1. Come si può osservare dalla figura l'Ospedale Umberto I usufruirà di una nuova struttura, di prossima

apertura, denominata Centro Riabilitativo Mauriziano (CRM) interamente dedicato alla riabilitazione, in linea con i parametri individuati dalla bozza del nuovo Psr. Le nuove direttive regionali, se pur ancora in fase di elaborazione, indicano tra gli obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera piemontese l'incremento del numero complessivo dei posti letto dedicati alla cura di patologie in fase *post acuta*,

Figura 1



al fine di soddisfare una crescente richiesta territoriale che non trova sufficiente risposta nelle strutture attualmente esistenti. La bozza di Psr prevede che, nell'arco dei prossimi dieci-quindecimanni, l'attuale rete ospedaliera per *post acuti* passi dagli attuali 2.484 p.l. ad un complessivo di 5.000 p.l., sia attraverso la riconversione di presidi ospedalieri oggi dedicati al trattamento delle malattie in fase acuta, sia attraverso la realizzazione di nuove strutture specificatamente dedicate.

1. Riabilitazione e disabilità

La riabilitazione è un processo clinico-assistenziale nel corso del quale si porta un soggetto disabile al raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, pur con le limitazioni connesse alla sua menomazione ed alla quantità e qualità di risorse personali disponibili.

I sorprendenti progressi che la medicina ha compiuto negli ultimi decenni, nel campo della diagnosi e della terapia grazie all'utilizzo di complesse tecnologie e scoperte scientifiche, hanno permesso sopravvivenze prima sconosciute ed inesplorate.

La qualità di queste sopravvivenze è spesso caratterizzata da gravi limitazioni in ambito funzionale correlate da un'importante grado di non autosufficienza. La riduzione, talvolta anche drastica, delle possibilità di eseguire le più comuni attività di vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, muoversi, mangiare, parlare, etc.) definisce la dipendenza da altri, a tal punto, da rappresentare una libertà condizionata e frustrante per l'individuo, minandone la possibilità di scelta e riducendone la partecipazione alla dimensione del vivere quotidiano (affettivo, lavorativo, sociale e relazionale che sia).

Obiettivo della medicina riabilitativa non è solo la patologia di per sé, ma si estende principalmente nell'ambito delle sue conseguenze che si riflettono nel campo delle abilità ed attività funzionali.

Gli ambiti specifici di intervento della medicina riabilitativa sono i *deficit* (motori-sensitivi, neuropsicologici-cognitivi, respiratori, urologici, cardiovascolari, etc.) causati all'individuo da patologie che non garantiscono sempre una restitutio ad integrum ma che mirano a ripristinare il massimo livello di potenzialità che il paziente presenta.

I più moderni indirizzi culturali ed interventi clinico-terapeutici riconoscono nella Medicina riabilitativa capacità specifiche nella prevenzione delle lesioni e menomazioni secondarie a diverse tipologie di eventi patogeni; questa, agendo soprattutto nella primissima fase dell'evento morboso a rischio di disabilità, impiega strumenti valutativi e terapeutici indispensabili per un corretto intervento rieducativo di menomazioni e disabilità importanti.

Tutto questo comporta una concentrazione massima di risorse operative nella prima fase della malattia, quella a rischio di sviluppo della disabilità e nell'intervento precoce quando è maggiore il potenziale di modificabilità del deficit o più efficace l'intervento terapeutico riabilitativo (Basaglia, 1998).

2. Livelli assistenziali riabilitativi

Gli interventi della medicina riabilitativa, come suggeriti dalle vigenti linee guida per le attività di riabilitazione del Dipartimento della programmazione - Ministero della sanità, possono essere suddivisi in due fasi:

— *fase della riabilitazione intensiva* caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Tale fase si

colloca nell'immediata *post acuzie* della malattia quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità delle menomazioni e quando la disabilità è maggiormente modificabile. Essa può essere anche necessaria in situazioni di riacutizzazione e recidiva dell'evento patologico. Qualora la disabilità sia importante, determinando situazioni di non autosufficienza, si rende assolutamente necessario il ricovero in appositi centri di riabilitazione. Conseguentemente il tempo degli interventi di riabilitazione intensiva attuata dai fisioterapisti, logopedisti, neuropsicologi, terapisti occupazionali è caratterizzato dalla necessità di garantire ad ogni singolo paziente non meno di tre ore giornaliere di terapia specifica (II e III livello - rispettivamente codice 56 e 75);

— *fase della riabilitazione estensiva* caratterizzate da interventi di moderato impegno terapeutico, diretti o alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, oppure al sostegno di soggetti con disabilità a lento recupero, che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo, o sono affetti da disabilità croniche evolutive (codice 56 e 60).

I due livelli assistenziali sopra menzionati si riferiscono ad interventi sanitari di riabilitazione che richiedono il ricovero in strutture ospedaliere o extra ospedaliere di tipo ordinario. Esistono inoltre strutture riabilitative di III livello, presidi di alta specialità, che si caratterizzano per l'erogazione di attività di riabilitazione intensiva che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature o personale specificamente formati come quello rivolto al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologie rare

per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di adeguate esperienze, l'utilizzo di attrezzature tecnologicamente complesse ed avanzate e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche. È un dato ormai assodato che nel nostro Paese, così come nella nostra Regione, si assiste ad un costante aumento delle menomazioni e disabilità di eventi patologici, quali le affezioni cerebrovascolari, broncopolmonari, le affezioni traumatiche e degenerative dell'apparato muscoloscheletrico, le patologie neurovascolari, le patologie oncologiche, neuropsicologiche e comportamentali, i disturbi cognitivi, della memoria, etc. Nei soggetti più giovani si rileva un incremento delle disabilità gravi e inemendabili a seguito di sopravvivenze per eventi che in passato sarebbero stati causa di morte a breve termine. Da parte di queste persone affette da tale tipo di patologie è legittima la domanda di trattamenti riabilitativi che conducano ad una qualità di vita compatibile con il massimo livello possibile di autonomia e di autosufficienza. Il miglioramento dell'efficacia degli interventi e dell'efficienza complessiva dei servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del profondo processo di riorganizzazione della sanità nel nostro Paese. Uno dei principali strumenti è rappresentato dalla rimodulazione dei diversi presidi, strutture e servizi sanitari, diversificando l'offerta assistenziale in base alle caratteristiche dei pazienti, ossia dei loro bisogni. Riuscire quindi a diversificare tipologie di bisogni in base sia alla complessità assistenziale, sia all'intensità dell'assistenza richiesta permette di predisporre e sperimentare modelli organizzativi e gestionali appositamente definiti e conseguentemente di soddisfare il bisogno garantendo un alto tasso di qualità, di efficacia e di efficienza. Questi valori sono

appropriati ed urgenti per il settore riabilitativo.

Il pagamento prospettico delle prestazioni ospedaliere secondo il modello dei Drg ha riproposto gli stessi fenomeni accaduti negli USA un decennio prima; infatti il nuovo sistema di finanziamento a prestazione dell'assistenza ospedaliera per acuti comporta una forte incentivazione ad una dimissione tempestiva dei ricoverati nelle unità operative per l'assistenza di pazienti in condizioni di acuzie. Questo incentivo favorisce l'efficienza tecnica e l'appropriatezza nell'uso delle risorse ospedaliere, ma comporta rischi per la salute dei pazienti e per il loro pieno recupero funzionale, in carenza di un'assistenza ospedaliera riabilitativa e di lungodegenza *post acuità* extraospedaliera residenziale e semiresidenziale che garantisca la continuità assistenziale, esaurita la fase acuta della malattia. Il fabbisogno, specifico per quantità e qualità delle strutture di medicina riabilitativa, derivante dall'esigenza di sostenere e favorire la sollecita dimissione dei soggetti dalle divisioni per acuti, sorge non solo per motivi economici ma anche per considerazioni di efficacia dell'intervento riabilitativo quanto più esso si realizza tempestivamente. Ne consegue la costante crescita in campo riabilitativo di casistiche complesse, clinicamente non del tutto stabilizzate o pluricomplicate, che necessitano di un'impegnativa presa in carico riabilitativa che sia però nel contempo in grado di gestire anche le problematiche strettamente mediche.

La necessità di un'adeguata e qualificata rete di presidi sanitari e sociali destinati alla riabilitazione trovano pertanto forti motivazioni proprio dalla pressante domanda di salute della popolazione e dal bisogno di qualificazione di tutta la struttura sanitaria (Pace, 1999).

3. La rete riabilitativa integrata dei presidi ospedalieri Mauriziani

In Italia la medicina riabilitativa è tendenzialmente garantita da interventi mirati a soddisfare singole fasi del processo, svolte molto spesso in strutture differenti e difficilmente collegate tra di loro, sia come percorsi terapeutici che gestionali. Ciò crea grave disagio non solo al paziente ed ai suoi familiari che non hanno un punto di riferimento continuativo, ma anche al sistema sanitario nazionale che eroga molteplici prestazioni non coordinate, non sempre coerenti tra loro e con un elevato costo.

La realtà piemontese, al momento, non si discosta molto da un panorama riabilitativo nazionale che si presenta con rilevanti discrepanze tra quelli che sono i fabbisogni di gestione dell'intero iter riabilitativo e le reali offerte del sistema sanitario.

Lo stesso Piano sanitario regionale 1997-1999 (1) (tutt'oggi ancora in vigore) e come verosimilmente si può prevedere quello attualmente in gestazione, ne rimarcano la carenza e, di conseguenza, la necessità di adeguamento dei posti letto riabilitativi mancanti e di una gestione più fluida ed efficiente, nel rispetto sempre della qualità di prestazioni erogate. Tra le altre strategie indicate dall'Assessorato regionale alla sanità piemontese, rientra il suggerimento di riconvertire strutture sanitarie, utilizzate attualmente non sempre in modo ottimale, prevedendo lo sviluppo sincronico di percorsi terapeutici che meglio mirino ad un sempre più efficace *iter* riabilitativo.

Nello specifico l'obiettivo è proprio quello di sgravare l'ospedale per acuti di pazienti che stazionano per tempi eccessivamente prolungati e che possono invece trovare un'adeguata risposta anche in presidi sanitari per post-acuti, con minor valenza tecnologi-

ca e sanitaria e conseguenti minori costi gestionali.

A tal proposito, l'Ordine Mauriziano, valutando la possibilità di riconversione di alcune strutture ospedaliere e nella prospettiva di fornire un percorso integrato di cure conforme ai suggerimenti ministeriali, propone un modello gestionale di rete nel cui ambito il Centro di Riabilitazione Mauriziano ne costituisce il fulcro. Tale rete riabilitativa si propone come progetto innovativo per l'Italia e come possibile modello integrato sperimentale. Il paziente, al centro di un percorso diagnostico-terapeutico completo, vede infatti i propri bisogni riabilitativi soddisfatti nell'ambito di un *continuum* terapeutico all'interno delle strutture mauriziane.

Prendendo in esame il progetto mauriziano (figura 2), si osserva che il CRM, sede distaccata ed adiacente all'ospedale Umberto I, si occuperà di riabilitazione intensiva di secondo e terzo livello e di riabilitazione cardiologica.

Ad esso afferiranno pazienti clinicamente stabilizzati, necessitanti di proseguire la riabilitazione intensiva in regime di ricovero, di D.H. o ambulatoriale, provenienti dalle Unità operative per acuti dell'Umberto I, dall'I.R.C.C. di Candiolo, nei cui ambiti i pazienti hanno già ricevuto le prime cure riabilitative, o da altre strutture ospedaliere regionali/extraregionali. Pazienti clinicamente instabili provenienti dalle rianimazioni o dai reparti per acuti stazioneranno, fino ad una fase di maggiore stabilità, presso una nuova area subintensiva, attualmente in via di definizione, dislocata presso il Dipartimento di medicina dell'Ospedale Umberto I per poi accedere anch'essi al CRM.

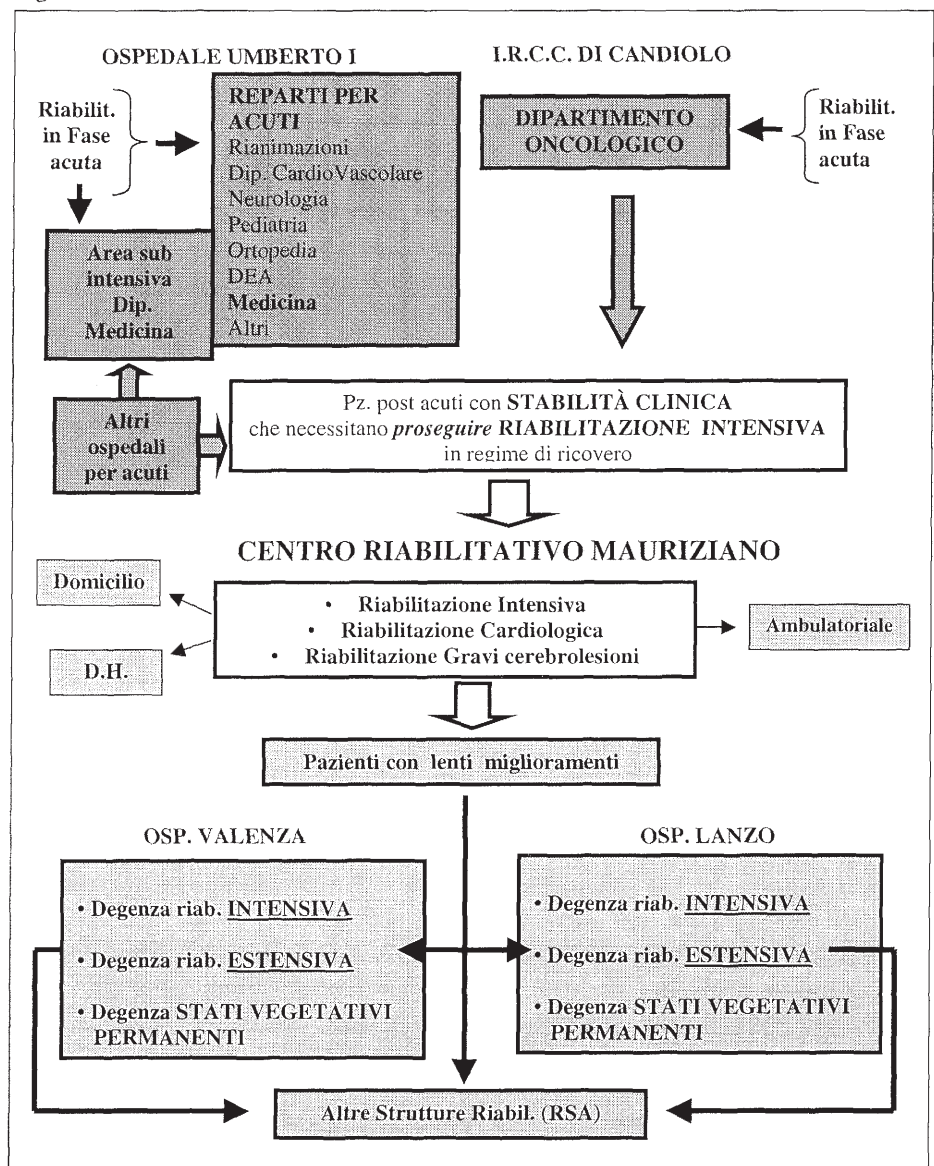
3.1. Profilo dei pazienti afferenti al Centro Riabilitativo Mauriziano (CRM)

I pazienti accedono al CRM con condizioni di stabilità clinica, dopo una degenza ed i primi trattamenti, nella primissima fase di acuzia di malattia presso i reparti specialistici dell'Ospedale Umberto I, del Centro Oncologico di Candiolo o di altre

strutture ospedaliere per acuti, regionali o extraregionali.

Sono pazienti che necessitano un progetto riabilitativo multidisciplinare, di alta specialità ed intensità terapeutica. Al termine di questo ricovero i pazienti possono trovare la prosecuzione delle cure terapeutiche e riabilitative o in regime di *day hospital* o ambulatoriale presso il Centro o accedere ad una delle strutture riabilitative

Figura 2



integrate nella rete, oppure in strutture Rsa territoriali.

In tale ottica rientrerebbe la parziale riconversione funzionale dei presidi di Lanzo e di Valenza che potrebbero ospitare sia letti dedicati alla riabilitazione intensiva (codice 56-II livello), estensiva *post acuzie* (codice 60), che letti dedicati ai comi apallici e stati vegetativi permanenti.

La tipologia dei pazienti afferenti al Centro Riabilitativo Mauriziano può essere così sintetizzata:

— pazienti dimessi dalla U.o.a. di Ortopedia e Traumatologia che per tipologia di patologia e stabilità clinica possono trovare benefici da un intenso programma riabilitativo definito in un tempo breve;

— pazienti dimessi dalla U.o.a. di Neurologia, con lesioni cerebrovascolari acute, affezioni infiammatorie o degenerative del sistema nervoso centrale e periferico che abbiano l'indicazione ad un trattamento riabilitativo neuromotorio, logopedico e neuropsicologico in cui è prevedibile una riduzione o contenimento della disabilità in regime di degenza nell'area di 60 giorni;

— pazienti dimessi dall'U.o.a. di Medicina che necessitano di un progetto riabilitativo finalizzato al recupero più ampio possibile dell'autonomia anche questa definita in un ambito precisato di tempo di 60 giorni;

— pazienti provenienti dall'area critica di degenza situata all'interno del dipartimento di Medicina, area di degenza letti anche per pazienti con importante compromissione neurologica per gravi cerebrolesioni acquisite che non necessitano di fase rianimatoria, o che sono al termine della fase rianimatoria, ma che non hanno ancora raggiunto una completa stabilizzazione internistica;

— pazienti oncologici ricoverati presso I.R.C.C. di Candiolo. Da circa un anno e mezzo presso la struttura di

Candiolo si effettua una consulenza riabilitativa e sono definiti progetti individuali riabilitativi per i pazienti oncologici. Oggi grazie al progresso scientifico in ambito oncologico si assiste spesso ad una guarigione dei pazienti o in ogni caso al prolungarsi della sopravvivenza. È impegno di tutti prodigarsi per il miglioramento della qualità di vita di questi pazienti. Spesso sono giovani o giovani adulti e la medicina riabilitativa può, nell'ambito delle proprie competenze, rispondere a questo impegno assicurando, dove necessario, oltre all'intervento specifico riabilitativo, la scelta, la fornitura e l'utilizzazione di protesi (apparecchi che sostituiscono totalmente o parzialmente le parti del corpo mancanti), di ortesi (dispositivi terapeutici che facilitano, migliorano e controllano il funzionamento delle parti del corpo menomate e funzionalmente alterate), di ausili tecnici (strumenti tecnologici volti a compensare le funzioni che per ragioni diverse non possono più essere svolte in seguito a danno fisico o sensoriale);

— pazienti dimessi dal dipartimento Cardio-vascolare per Riabilitazione del cardiopatico;

— pazienti che hanno subito un'amputazione di arto inferiore e che abbiano l'indicazione al trattamento rieducativo finalizzato alla protesizzazione;

— pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite (postumi di grave trauma cranio-encefalico e postumi di gravi emorragie cerebrali) che al raggiungimento delle stabilità clinica possono essere inseriti in programmi valutativi e terapeutici altamente complessi (riabilitazione di III livello, già attiva con 6 posti letto all'Umberto I);

— pazienti in età evolutiva con cerebrolesioni acquisite che dopo la degenza in U.o.a. di Pediatria abbiano indicazione a proseguire trattamento

riabilitativo intensivo in regime di ricovero o di *day hospital*;

— pazienti con la tipologia ed il profilo clinico precedentemente definiti provenienti da altri centri regionali o extraregionali.

3.2. Sistema tariffario regionale ed analisi dei costi

Con del. G.R. n. 44-22844 del 27 ottobre 1997 «D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93 - Rideterminazione delle tariffe per le attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio sanitario regionale» e successive integrazioni, la Regione Piemonte ha indicato le tariffe previste per la riabilitazione ed indicato le modalità di registrazione delle Sdo.

Le principali considerazioni espresse nella del. G.R. hanno condotto alla seguente soluzione organizzativa:

— i pazienti trattati in divisioni o reparti per acuti (es.: medicina generale, neurologia, neurochirurgia, ortopedia, rianimazione, etc.) ed indirizzati ad un reparto di riabilitazione (codice reparto 56 o 75) dovranno essere dimessi e descritti secondo le comuni e correnti regole per la compilazione della Sdo; verrà così ad essere attribuito un Drg che descrive la prestazione erogata in regime di acuzie. Alla struttura è quindi erogato un rimborso tariffario complessivo per prestazione analogo alla casistica che non richiede un ricovero in reparto di riabilitazione;

— per facilitare il controllo regionale e contabile e per distinguere questi ricoveri dai ricoveri ripetuti deve essere indicata quale modalità di dimissione la n. 6 cioè «Trasferito».

— il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale (56) o di unità gravi cerebrolesioni acquisite (75) che accetta il paziente deve aprire una nuova cartella clinica e quindi attivare una

nuova Sdo, su cui si dovrà avere l'accortezza di utilizzare quale provenienza dell'assistito il n. 4 (trasf. da pubblico) o il n. 5 (trasf. da privato) e come tipo di ricovero il n. 1 (programmato);

— all'atto della dimissione deve essere descritta come patologia principale quella che ha scatenato le necessità riabilitative e causato il ricovero presso il reparto per acuti che ha trasferito il paziente;

— in tutti i casi di ricovero elettivo in riabilitazione, caratterizzati da interruzione dell'iter terapeutico per dimissione a domicilio o protetta e stabilizzazione delle condizioni patologiche del paziente, deve essere descritta come diagnosi principale del paziente l'iter terapeutico riabilitativo descritto con i codici V57.0-V57.9 che porterà all'attribuzione del Drg 462. Qualsiasi altra attribuzione viene ricondotta a livello regionale a tale Drg;

— poiché è universalmente riconosciuto che il sistema di classificazione «Diagnosis Related Groups», oltre che ad una deficitaria descrizione delle prestazioni erogate, conduce ad un rimborso tariffario che risulta insufficiente a rifondere l'assorbimento di risorse che le strutture eroganti sostengono per garantire la specificità dell'attività, è previsto un rimborso tariffario per giornata di degenza diversificato per evento patologico trattato a livello riabilitativo (Major Diagnostic Categorie).

L'analisi dei costi è basata sugli *standard* generali, relativi alla dotazione di personale (medico, infermieristico, di riabilitazione ed altro personale di diverso profilo professionale, come individuato dal D.P.R. 761/79 e successive modificazioni), proposti dalle linee guida del gruppo di lavoro ministeriale per «l'organizzazione della medicina riabilitativa», nonché dal costo del materiale, dei servizi diagnostici ed alberghieri; dal costo di ca-

pitale e da una quota per la copertura dei costi generali, così come indicato nel D.M. 15 aprile 1994.

Nell'analisi di cui sopra non è stato tenuto in considerazione il fabbisogno di personale per il servizio intraospedaliero di recupero e rieducazione funzionale, rivolta ai reparti per acuti in quanto il relativo costo deve essere sostenuto da reparti fruitori di questo servizio.

L'eventuale attività di specialistica ambulatoriale è in modo analogo esclusa dall'analisi (tabella 1).

Per evidenziare il fabbisogno di un rapido ed intensivo intervento su questo tipo di pazienti e per scoraggiare i prolungamenti dei ricoveri, è determinato un abbattimento del 40% oltre un valore soglia differenziato per MDC nel modo individuato dalla tabella 2.

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione di alta specialità o di terzo livello (codificato come 75 Unità gravi cerebrolesioni acquisite), il fabbisogno di risorse è maggiore ed il calcolo del costo per giornata risulta pertanto più alto.

La tariffa giornaliera in reparto con specialità 75 risulta essere di L. 663.000 e per questi tipi di ricovero

non si applicano i meccanismi di un abbattimento oltre il valore soglia in quanto considerati ricoveri di alta specialità.

Come per il codice 56, nell'analisi suddetta non è stato tenuto in considerazione il fabbisogno di personale per il servizio intraospedaliero di recupero e rieducazione funzionale, rivolta ai reparti per acuti in quanto il relativo costo dovrà essere sostenuto dai reparti fruitori.

Il sistema di controllo regionale prevede che i reparti della specialità 75 devono erogare esclusivamente prestazioni classificate nella MDC 1.

I Drg utilizzati dalle specialità 75 devono principalmente essere quelli forniti dalla tabella 3.

Il *day hospital* riabilitativo include interventi su disabilità che richiedono per la gravità di non autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-valutativi-riabilitativi, il ricovero ordinario o in *day hospital* in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo.

Le prestazioni possono essere svolte dalle strutture con specialità 75 e 56, indipendentemente dalla dotazione di propri posti letto ordinari.

Tabella 1

Specialità di RRF (codice 56), degenza ordinaria	MDC 1 sistema nervoso	L. 506.000 per giornata
	MDC 4 app. respiratorio	L. 446.000 per giornata
	MDC 5 app. cardiocircol.	L. 485.000 per giornata
	MDC 8 app. muscoloschel.	L. 458.000 per giornata
	Altre MDC	L. 390.000 per giornata

Tabella 2

MDC	Descrizione	GG. di valore soglia
1	Sistema nervoso	60
4	Apparato respiratorio	30
5	Apparato cardiocircolatorio	30
8	Apparato muscoloscheletrico	40
	Altre MDC	30

Il nomenclatore è, come per la riabilitazione in ricovero ordinario, costituito dalla codifica MDC.

I costi risultanti sono circa il 50% dei costi di ricovero ordinario. Per facilitare il passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno la Regione ha determinato una tariffa relativamente più interessante per la struttura. Il tariffario risulta pertanto calcolato sulla base del 65% della tariffa relativa al ricovero ordinario.

Per le strutture eroganti attività di secondo livello le tariffe giornaliere per il DH variano da L. 329.000 per la MDC 1 a L. 254.000 per le altre MDC (tabella 4).

Per le strutture eroganti attività di terzo livello le tariffe per giornata di riabilitazione in *day hospital* risultano di L. 431.000 per giornata di degenza.

Il sistema di controllo regionale prevede che per la specialità 75, soltanto schede nosologiche con Drg appartenenti alla MDC 1 e, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 20 dicembre 1992, l'indice di rotazione di ogni posto letto non deve essere inferiore a uno e non superiore a due per ciascun giorno di funzionamento.

3.3. Analisi dei costi (CRM)

Per verificare i costi della struttura, si considerano le seguenti principali voci di costo:

- costi personale direttamente addebito;
- costi di beni e servizi;
- costi per prestazioni sanitarie richieste ad altri servizi;
- costi per servizi appaltati;
- spese generali.

Personale

I parametri del personale da impiegare sono deducibili dagli *standard* previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e D.C.R. 22 febbraio 2000: requisiti

strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.

Il numero e tipologia del personale di assistenza ed ausiliario è stato calcolato rispetto ad un'ipotesi a regime quasi massimale di 78 posti letto per ricovero ordinario di cui indicativamente 30 posti letto di riabilitazione cardiologica, 38 posti letto di riabilitazione osteo muscolo tendinea e neurologica di II livello (codice 56), di cui una parte per attività riabilitative in regime libero professionale (particolarmente indirizzate alla riabilitazione cardiologica, ortopedica e di traumatologia dello sport), 10 posti letto di riabilitazione per gravi cerebrolesioni di III livello (codice 75), attività di pa-

lestra per ricoverati ed utenti esterni (in particolare per la riabilitazione del cardiopatico). Per il *day hospital* sono previsti 8 posti letto.

Per garantire l'attività a regime di tale struttura sulle 24 ore, inclusi i turni di guardia interdivisionale e reperibilità (per le professionalità richieste) potrebbero essere necessari (tabella 5):

— 12 dirigenti medici (in parte assegnati alla medicina riabilitativa ed in parte alla riabilitazione del cardiopatico) di cui due responsabili di struttura;

— 1 neuropsicologo;

— 32 infermieri professionali (di cui 2 coordinatori);

— 11 terapisti della riabilitazione (di cui almeno un coordinatore);

Tabella 3

23	Stato stuporoso e coma non traumatici
27	Stato stuporoso, coma traumatici, coma > 1 ora
28	Stato stuporoso, coma traumatici, coma > 1 ora età > 17 con cc
29	Stato stuporoso, coma traumatici, coma > 1 ora età > 17 senza cc
30	Stato stuporoso, coma traumatici, coma > 1 ora età 0-17

Tabella 4

Specialità di RRF (codice 56), <i>day hospital</i>	MDC 1 sistema nervoso	L. 329.000 per giornata
	MDC 4 app. respiratorio	L. 290.000 per giornata
	MDC 5 app. cardiocirc.	L. 315.000 per giornata
	MDC 8 app. muscoloschel.	L. 298.000 per giornata
	Altre MDC	L. 254.000 per giornata

Tabella 5

Tipologia di personale	Numero	Costo complessivo di oneri
Dirigenti medici	12	2.100.000.000
Neuropsicologo	1	150.000.000
Infermieri professionali	32	2.000.000.000
Terapisti di riabilitazione	11	700.000.000
Logopedisti	3	200.000.000
OTA e OSS	18	900.000.000
Ausiliari	12	600.000.000
Amministrativi	3	150.000.000
Operatori di portineria e sorveglianza	6	300.000.000
Totale		7.100.000.000

- 3 logopedisti;
- 18 OTA o OSS;
- 12 ausiliari;
- personale amministrativo e di portineria (anche in questo caso, possibilmente a gestione terzialisata).

Bisogna poi aggiungere che, andranno potenziati i collegamenti con il vicino Ospedale Umberto I che vicinerà le funzioni di diagnostica, emergenza-urgenza, apporto specialistico, oltre quella logistica.

Il servizio di radiologia, con lettura remota delle immagini e refertazione presso uno degli ospedali mauriziani, se terzialisato, prevede un costo di lire 250.000/ora, inizialmente con assorbimento di 1-2 ore al giorno, fino ad un massimo di 4 ore per la struttura a regime (250 milioni/anno).

La guardia medica notturna potrà essere garantita almeno inizialmente con personale gettonista esterno indicativamente a lire 40.000/ora (500.000 per turno notturno per una spesa di L. 190 milioni/anno).

Tale apparato sanitario comporta una spesa per personale annua a regime di poco superiore ai 7 miliardi. Si consideri comunque che ad oggi l'unità operativa di riabilitazione presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I, diretta dal dott. Melossi comporta un costo annuo di personale di circa L. 4 miliardi e pertanto anche se non sarà «migrato» tutto il personale, parte dei costi saranno assorbiti (circa 1,5 miliardi). Inoltre va considerato l'eventuale minor costo riguardante l'impiego di personale medico e dirigenziale non dipendente (medici in formazione, dottorati di ricerca, etc.).

Farmaci: da un'analisi sui costi dell'attuale U.o. di Riabilitazione del Mauriziano Umberto I di Torino, si evince che mediamente il costo dei farmaci incide di circa il 12% rispetto ai costi totali e pertanto si può ipotizzare una spesa annua di lire 1.300.000.000.

Altri beni di consumo ed utenze: da un'analisi sui costi dell'attuale U.o. di Riabilitazione del Mauriziano Umberto I di Torino, si evince che mediamente il costo degli altri consumi, ovvero beni economici, cancelleria, biancheria, lavanderia, utenze ecc. incide di circa il 6% rispetto ai costi totali e pertanto si può ipotizzare una spesa annua di L. 600.000.000.

Prestazioni sanitarie richieste ad altri servizi: da un'analisi sui costi dell'attuale U.o. di Riabilitazione del Mauriziano Umberto I di Torino, si evince che mediamente il costo di tali prestazioni, data la tipologia della patologia trattata, incide di circa il 8-10% rispetto ai costi totali e pertanto si può ipotizzare una spesa annua di L. 1.000.000.000.

Altri costi gestionali: lire 700.000.000 (6%), comprensivi dei *leasing* attivati per apparecchiature, attrezzature ed arredamento.

Onere di locazione: lire 1.250.000.000 (non considerato nell'analisi dei costi in quanto onere aggiuntivo).

A regime, pertanto il costo di gestione globale potrebbe stimarsi superiore ai 12 miliardi.

3.4. Analisi attività (CRM) e rimborso regionale

La struttura prevede una dotazione di 78 posti letto per ricovero ordinario e 8 posti letto di *day hospital*, finalizzati all'attività di riabilitazione ed indicativamente così ripartiti:

- 58 posti letto di ricovero ordinario per pazienti afferenti all'area di riabilitazione neuromotoria, cardiologica-vascolare e cognitiva definita di II livello (codice 56);

- 10 posti letto di ricovero ordinario per pazienti che necessitano di interventi valutativi e terapeutici complessi, definiti di III livello (codice 75);

- 10 posti letto di ricovero ordinario per attività di riabilitazione erogabili in regime libero professionale;

- 4 posti letto di *day hospital* di II livello;

- 4 posti letto di *day hospital* di III livello.

In rapporto a quanto ipotizzato, la redditività della struttura rispetto alle tariffe attuali, evidenzia i seguenti importi considerando un'occupazione media della struttura nell'80% dei posti letto disponibili:

- per numero 58 posti letto di codice 56 a rimborso medio attuale di 480.000 lire/die, 16.950 giornate di ricovero, reddito presunto 8,5 miliardi;

- per numero 10 posti letto di codice 75 a rimborso medio attuale di 700.000 lire/die, 2.920 giornate di ricovero, reddito presunto 2 miliardi;

- per un'ipotesi occupazionale di numero 10 posti letto di riabilitazione in regime libero professionale, con ipotesi di reddito per ciclo completo di trattamento (ricovero e palestra) a 1.000.000 lire/die, reddito presunto, imputando la sola quota amministrazione, di lire 0,5 miliardi;

- attività di *day hospital* di II livello, 4 posti letto ed un'occupazione media del 150%, su 250 giorni/anno, 1.500 accessi (6 al giorno), a rimborso medio di L. 300.000/die, reddito presunto di 450 milioni;

- attività di *day hospital* di III livello, 4 posti letto ed un'occupazione media del 150% su 250 giorni/anno, 1.500 accessi (6 al giorno), a rimborso medio di L. 431.000/die, reddito presunto di 650 milioni;

- attività ambulatoriali per esterni (riabilitazione del cardiopatico), reddito presunto 200 milioni, cui andrà aggiunta la quota della libera professione ambulatoriale.

A regime, pertanto il rimborso alle tariffe regionali attuali potrebbe stimarsi in circa 12 miliardi che la Regione Piemonte potrebbe assicurare

come *budget* destinato all'attività di Riabilitazione svolta dal Centro.

Dall'analisi effettuata, si rende necessario un aggiornamento delle attuali tariffe regionali al fine di consentire una copertura dei costi sostenuti per garantire la specificità dell'attività riabilitativa.

Le ipotesi sopra avanzate devono però tenere ancora conto di altre variabili che potrebbero fare variare positivamente l'analisi economica:

— l'occupazione media della struttura è stata calcolata nella percentuale dell'80% (60% circa per quanto riguarda i letti destinati all'attività libero professionale); ovviamente, trattandosi di rimborsi a giornata di degenza, aumentando oltremodo l'occupazione dei letti, a parità di costi fissi, la redditività degli stessi sarà superiore;

— i ricoveri ordinari di codice 56 devono avere una degenza media inferiore ai 40 giorni per poter evitare gli abbattimenti regionali dovuti al superamento della «soglia» indicata. Questo punto potrà essere «superato» integrando il Centro con altre strutture della rete Mauriziana di minor contenuto di complessità (Lanzo, Valenza);

— l'attivazione della struttura di via Vespucci, determinerà una sostanziale riorganizzazione delle attività di riabilitazione attualmente in essere presso l'Ospedale Umberto I. In particolare, con gradualità, verranno traslate al CRM le attività degenziali, l'attività ambulatoriale (palestra) della riabilitazione del cardiopatico, e le attività ambulatoriali (palestra) della riabilitazione. Rimarranno unicamente presso l'Umberto I, spazi palestra di appoggio riabilitativo per i pazienti ricoverati;

— ciò potrà far sì che venga reimpiiegato presso la nuova sede parte del personale già in servizio presso le due unità operative, ed in particolare: 4 dirigenti medici (di cui un responsabile) in carico alla riabilitazione ed 1 dirigente medico in carico alla riabilitazione del cardiopatico (sempre che non si stabilisca di sospendere tale attività nel presidio di Lanzo), 9 terapisti della riabilitazione.

Tale situazione corrisponde ad una minor spesa per la nuova struttura di oltre 1,5 miliardi, dal momento cui trattasi di personale già attualmente in servizio presso l'Ordine Mauriziano.

L'analisi effettuata riguarda la gestione «a regime» da prevedersi per l'anno 2003; va comunque ipotizzata un'attivazione graduale della struttura, con inserimenti di personale adeguati rispetto ai volumi di produzione.

Inizialmente saranno previsti minimali inserimenti di personale sia medico che non medico, con ovviamente, a parità o quasi dei costi di gestione, costi minori relativamente al personale ed ai consumi.

Nella tabella 6 sono riportate le previsioni di costi e rimborsi relativamente alle fasi di attivazione previste.

3.5. Proposta per i presidi ospedalieri di Valenza e Lanzo

Nell'ambito del processo riorganizzativo delle strutture mauriziane ed in vista di una migliore integrazione dei nosocomi mauriziani, gli ospedali di Valenza e di Lanzo potrebbero articolarsi secondo quanto di seguito evidenziato.

Ospedale Mauriziano di Valenza

a) Unità di *day surgery*: 12 posti letto.

Tabella 6

Fasi	Attività	Costi presunti (lire)	Rimborsi presunti (lire)
Novembre 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione ambulatorio • Attivazione <i>day hospital</i> 	1.500.000.000	200.000.000
I semestre 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione 30 posti letto ricovero ordinario (di cui 5 in regime libero professionale) • Potenziamento attività ambulatoriale • Potenziamento <i>day hospital</i> 	2.980.000.000	2.460.000.000
II semestre 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione 60 posti letto ricovero ordinario (di cui 10 in regime libero professionale) • A regime l'attività ambulatoriale • A regime il <i>day hospital</i> 	4.970.000.000	4.720.000.000
Anno 2003	<ul style="list-style-type: none"> • A regime l'attività di ricovero ordinario • A regime l'attività ambulatoriale • A regime il <i>day hospital</i> 	12.000.000.000	12.000.000.000

b) Mantenere 6 posti letto di degenza chirurgica ordinaria per l'Unità operativa di Ortopedia.

c) Mantenere 6 posti letto per l'Unità operativa di Chirurgia generale.

d) Unità di Lungodegenza e Riabilitazione:

— 35 posti letto di lungodegenza;

— 21 posti letto di riabilitazione neuromotoria e cardiologica;

— 10 posti letto di *day hospital* riabilitativo.

e) Mantenere 15 posti letto di Medicina generale.

f) Emergenza: Pronto soccorso attivo per 12 ore ed eventuale inserimento in ospedale del servizio 118 oggi sito presso l'Avis. Ciò potrebbe garantire un servizio di emergenza dalle ore 20 alle ore 8, utilizzando anche il medico di guardia interna. Occorrerebbe inserire il presidio di Valenza nella rete 118.

g) Integrazione servizi tra il presidio ospedaliero di Valenza e l'Asl 21;

ipotesi di integrazione:

— spostare alcuni servizi oggi localizzati presso il distretto (esempio centro dialisi, centro prelievi, ...) presso l'Ospedale di Valenza che potrebbe mettere a disposizione locali, strutture amministrative, eventuali specialisti;

— costituire una *équipe* mista di cure palliative come servizio domiciliare.

La sinergia potrebbe inoltre essere estesa, in particolare al settore riabilitazione, agli ospedali della zona al fine di migliorare il servizio territoriale e riorganizzare il consumo di risorse con la condivisione di attrezzature e personale.

Oggi l'Ospedale di Valenza «costa» L. 35 miliardi, di cui 22 miliardi sono rappresentati dal costo del personale. Mantenendo la situazione inalte-

rata occorre un finanziamento adeguato.

Con le attuali risorse sono pensabili, migliorando l'organizzazione e mirando l'attività, un aumento di produzione.

Ospedale Mauriziano di Lanzo

a) Unità di Lungodegenza riabilitativa, riabilitazione intensiva e cardiologica:

— 16 posti letto di riabilitazione cardiologica;

— 10 posti letto di Riabilitazione intensiva;

— 15 posti letto di lungodegenza riabilitativa;

— 2 posti letto di *day hospital*;

— attività ambulatoriale di riabilitazione (primo livello);

— 5 posti letto di comi apallici.

b) Integrazione tra il presidio di Lanzo e la Rete Mauriziana;

ipotesi di integrazione:

— facilitare le dimissioni dal CRM entro i 60 giorni per il proseguimento delle cure riabilitative con adeguamento del Drg consono alla struttura;

— costituire un'unità per gli stati vegetativi permanenti inseriti in una struttura ospedaliera che consenta di liberare ricoveri impropri presso le rianimazioni o i reparti di alta specialità.

4. Conclusioni

Lo studio si è proposto l'individuazione di uno schema gestionale che consenta il raggiungimento di alcuni obiettivi:

a) la valorizzazione della riabilitazione come completamento del percorso curativo: sin dalla lontana legge 833/78 si parla di interventi sanitari mirati alla prevenzione, cura e riabilitazione, ma ancora oggi è prevalente l'attenzione e l'impegno di risorse

economiche verso la seconda fase, la cura. Non solo, ma l'analisi mira a sottolineare l'articolazione dell'intervento riabilitativo e le sue diverse specializzazioni;

b) la realizzazione di un sistema di rete che consente, per ogni specifica fase di intervento, il miglior utilizzo di risorse dislocate su aree territoriali non contigue ed una efficace risposta alle esigenze locali;

c) l'anticipazione di un processo di integrazione socio-sanitaria, per quelle patologie «sociali» a forte integrazione sanitaria, che rappresentano ancora il lato «trascurato» del pianeta sanità. In tale direzione occorre promuovere, come indicato dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001:

1) l'assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica;

2) la tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia;

d) la trasformazione di posti letto, da acuti a riabilitativi, operazione vista non come «diminutio» di una struttura ospedaliera, ma come nuova qualificazione dell'attività sanitaria.

La necessità di integrare l'assistenza sanitaria tradizionalmente intesa risponde ad un'esigenza reale di salute come dimostrato dall'elaborazione del Censis risultante dalla tabella 7.

(1) L. reg. 12 dicembre 1997, n. 61, Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte del 31 dicembre 1997, n. 52.

Tabella 7

Le malattie del benessere anni 1998-2000		Le malattie a forte impatto assistenziale anni 1998-2000	
Depressione	4.000.000	Alzheimer	500.000
Anoressia/bulimia	50.000	Nefropatie croniche	39.000
Obesità	5.900.000	Sclerosi multipla	50.000
Problemi sessuali:		Soggetti gravemente disabili	923.000
• maschi	9.400.000		
• femmine	9.300.000		
Malattie allergiche	3.860.000	Anziani (oltre 65 anni) disabili	1.874.000

Fonte: Dati di origine multiscopi (1994).

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

CONTROLS ASSURANCE E RISK MANAGEMENT NELL'AMBITO DEL NATIONAL HEALTH SERVICE

Adrienne Murphy, Richard Priestley
North Staffordshire Health Authority, Uk

Lisa Cosmi (versione italiana a cura di)
CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il contesto - 3. Il contesto per la gestione dei rischi nell'ambito del NHS - 4. Requisiti obbligatori - 5. Responsabilità della direzione aziendale e del direttore generale (CEO) - 6. Il concetto di *clinical governance* - 7. Identificazione e gestione delle specificità di rischio (*local risk*) - 8. Le revisioni in atto. Le nuove tematiche e i nuovi casi di discussione - 9. Il futuro - 10. Conclusioni.

1. Introduzione

«Le persone commettono errori perché i sistemi, gli obiettivi e i processi nell'ambito dei quali si trovano ad operare non sono adeguatamente progettati»

(Dr Lucien Leape, nell'ambito della relazione al Presidente della Commissione per la difesa del consumatore di servizi sanitari)

Questo articolo ha come scopo la descrizione della teoria e degli obiettivi del *controls assurance* e del *risk management* nell'ambito del NHS, evidenziando in particolare in che modo sono nati questi concetti e perché sono essenziali per la tutela della sicurezza continua del paziente.

Ci si pone inoltre l'obiettivo di evidenziare come il NHS si sta muovendo per rafforzare i meccanismi e i sistemi per il miglioramento dell'assistenza e per la promozione della sicurezza delle persone, traendo lezione continuamente dai casi in cui qualcosa non ha funzionato adeguatamente e diffondendo queste informazioni attraverso la rete delle aziende NHS per mezzo di un sistema chiamato, per l'appunto, *risk management* (gestione dei rischi).

1.1. I valori su cui si fonda il settore pubblico

Sin dalla sua istituzione originaria una caratteristica del *National Health Service* (il Servizio sanitario nazionale) è stata la promozione di elevati *standard* di condotta personale e aziendale, basati sul riconoscimento della priorità delle esigenze dei pazienti. Il NHS, essendo finanziato da risorse pubbliche, è responsabile davanti al parlamento per i servizi prodotti e per l'impiego efficace ed efficiente del denaro dei contribuenti. I valori su cui si fonda il settore pubblico si situano nel cuore del NHS, alla base del lavoro di ciascun operatore, e possono essere riassunti in: responsabilità, integrità e trasparenza. L'eventuale mancato perseguimento di qualcuno di questi valori è responsabilità delle direzioni aziendali così come dei singoli operatori di ciascuna azienda sanitaria facente parte del sistema.

I direttori delle aziende sanitarie (*chief executive*) e i membri della direzione hanno il dovere di assicurare che le risorse pubbliche siano salvaguardate nell'ambito di un'operatività che sia la migliore possibile dal punto di vista dell'efficienza economica e del-

l'efficacia. L'alta rilevanza del monitoraggio sull'impiego delle risorse pubbliche va di pari passo con la strategia riconosciuta alla presenza di un modello integrato preposto alla verifica di una valutazione e mitigazione adeguata dei rischi aziendali in forza alle aziende.

Tutte le istituzioni facenti parti del NHS devono pertanto creare al loro interno un «Comitato di controllo» (*Audit Committee*), con la responsabilità di garantire che l'azienda sia dotata di un robusto modello per un adeguato controllo di gestione. I direttori generali delle aziende sono direttamente e specificamente responsabili di fronte al parlamento come legali rappresentanti delle stesse, mentre la direzione strategica è responsabile in solido per il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi fissati.

1.2. Definizione

Secondo quanto predispone il *Combined Code of Practice on Corporate Governance* e la *Turnbull Guidance on Internal Control* il *controls assurance* è un concetto «olistico», basato sulla migliore *governance practice*. Concretamente,

si tratta di «... un processo studiato per fornire le prove dell'evidenza sul fatto che le aziende del NHS stiano facendo del loro meglio ("... reasonable best") nella propria gestione, per raggiungere gli obiettivi e proteggere da ogni tipo di rischio possibile i pazienti, il proprio personale e gli altri portatori d'interesse in genere».

In quest'ottica è fondamentale un efficace ed effettivo coinvolgimento delle persone e delle funzioni operative nell'ambito dell'azienda, attraverso l'applicazione di tecniche di autovalutazione che assicurino il raggiungimento dei risultati e un controllo appropriato dei rischi. Gestione dei rischi e controllo interno sono legati in primo luogo alla capacità dell'azienda di fissare chiaramente i propri obiettivi.

Il *controls assurance* è pertanto un sistema manageriale fondamentale alla *governance* nell'ambito del NHS. È stato creato con lo scopo di informare le direzioni aziendali in modo continuo dei rischi più significativi che interessano le aziende di cui sono responsabili. È quindi un sistema finalizzato ad assistere tutto il personale, il direttore generale e i membri della direzione generale nell'identificazione dei rischi, e ad aiutarli nella determinazione dei livelli di rischio accettabili per poi decidere su quali di questi sia meglio allocare le risorse limitate da impiegare per la loro eliminazione o riduzione.

Uno dei presupposti fondamentali del *controls assurance* è che l'insieme dei requisiti legislativi e obbligatori cui ciascuna azienda NHS deve essere conforme rappresenti a sua volta una precisa tipologia di rischio aziendale. Nel contesto del *controls assurance*, in questo senso, i concetti di «non adesione allo *standard*» e «rischio» diventano sinonimi. Infatti, questi requisiti sono stati fissati per il controllo di un rischio che potrebbe minacciare

l'azienda, le persone o l'ambiente in cui l'assistenza sanitaria è praticata; allo stesso tempo, la promozione della *best practice*, o, per lo meno, della *good practice*, serve a dare consigli sulle opzioni (accettate, anche se non sempre concretamente basate, sull'evidenza) che possono essere attuate per trattare i rischi potenziali.

Buona conoscenza e disponibilità di strumenti pratici della gestione dei rischi a tutti i livelli sono quindi i fattori critici di successo per ogni azienda. Il rischio è connesso a qualsiasi attività intrapresa dall'azienda, dal trattamento dei pazienti, all'acquisto di nuova tecnologia, alle decisioni strategiche così come alla decisione, al contrario, di non agire o non attuare un determinato comportamento.

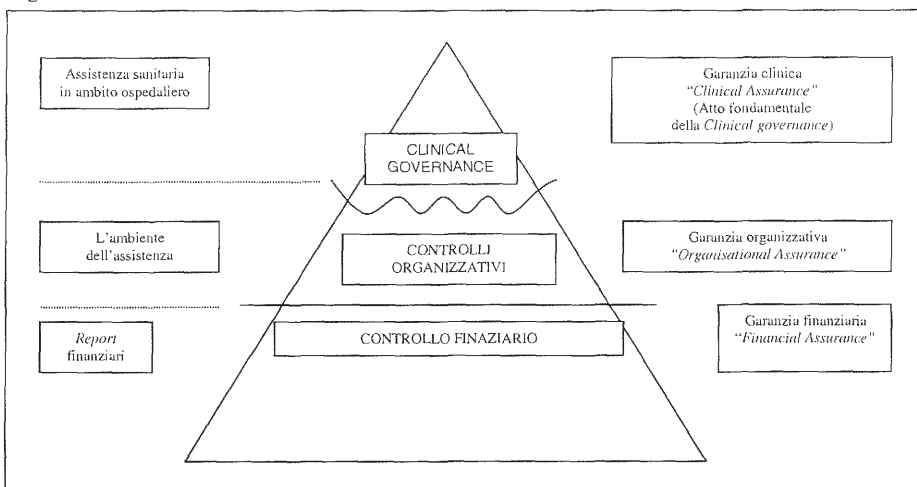
Nell'ambito del NHS i rischi sono quindi gestiti sulla base di un processo continuo (a volte senza che questo sia esplicitamente riconosciuto) sebbene spesso una sistematicità o coerenza effettive siano difficili da realizzare. È quindi necessario porre l'attenzione su questo punto, tramite l'adozione di un approccio sistematico e coerente per l'applicazione *risk management* a tutti i *Trust* e le *Health Authorities*, con riguardo a tutte le attività e le funzioni attivate nel loro ambito.

Il NHS ha pertanto deciso di adottare come punto di riferimento per l'istituzione e l'implementazione di un programma e di processi sistematici di gestione del rischio per le sue aziende il modello base di gestione dei rischi scelto da Australia e Nuova Zelanda, adattandolo sistematicamente sulle proprie specificità locali.

Il NHS ha pertanto identificato tre distinti sottosistemi di controllo interno nell'ambito della sua struttura organizzativa: il sottosistema finanziario, quello organizzativo e quello prettamente clinico-sanitario. Il *risk management* è un'attività gestionale con principi generali che possono essere applicati a ciascuno di questi tre sottosistemi. Coerentemente, come si evince dalla figura 1, le aziende sanitarie sono esplicitamente tenute a presentare un rapporto annuale inerente alla propria gestione dei rischi e al proprio sistema di controllo organizzativo.

Il sistema del *controls assurance* è stato implementato secondo una logica incrementale. Le «dichiarazioni annuali di garanzia» sul sistema interno di controllo finanziario furono introdotte nell'ambito degli *Annual Accounts* alla fine degli anni Novanta, fornendo la base del sistema di garan-

Figura 1 - Il controllo interno nell'ambito del NHS



zie annuali poi successivamente realizzato.

2. Il contesto

Il progetto sul *controls assurance* venne avviato con l'obiettivo di portare avanti in ambito nazionale una serie di idee finalizzate a determinare operativamente le strade che le aziende sanitarie potevano intraprendere per raggiungere il livello richiesto di garanzia e realizzare un efficace sistema di controllo.

L'avvio di questo progetto fu solo la parte conclusiva di una serie di dibattiti, innescati in generale dalle riforme del NHS, che come è noto portarono ad una completa revisione del modello organizzativo dell'assistenza sanitaria in UK per mezzo della creazione di due agenti separati (1), dotati di organi di gestione autonomi, che ha comportato la riduzione degli atti di gestione esterni sulle aziende sanitarie e il rafforzamento delle aziende nell'ambito di un modello nazionale di responsabilità (*accountability*). Nell'ambito della *corporate governance* il NHS ha raggiunto un importante obiettivo con l'istituzione di «codici di condotta», «responsabilità» e «trasparenza» (2) e la creazione dei «Comitati di controllo interni». Il progetto sul *controls assurance* rappresenta pertanto un approccio operativo per ricondurre l'insieme di queste iniziative nel quadro dei preesistenti sistemi di controllo gestione delle aziende.

Il comitato preposto alla *Corporate Governance* nel Regno Unito, presieduto da Sir Adrian Cadbury, in occasione del rapporto annuale al Parlamento propose che un elenco da esso individuato di aziende appartenenti al sistema pubblico fosse tenuto a fornire annualmente una specifica garanzia sui sistemi interni di controllo, nell'ambito del bilancio.

Il dibattito che ne seguì portò a limitare la richiesta iniziale del comitato ad una dichiarazione del direttore generale delle aziende, che valesse come prova «ragionevole» e garanzia dell'efficacia dei sistemi interni di controllo finanziario. L'approccio prescelto fu quindi esteso all'intero settore pubblico.

A fronte di una richiesta esplicita di garanzia, ci si rese conto che solo un coinvolgimento dell'intero organismo personale nell'identificazione dei rischi e nei processi di gestione e controllo avrebbe potuto assicurare il contenuto «ragionevole» della dichiarazione di garanzia. Pertanto il progetto ha adottato sin dall'inizio l'autovalutazione come metodologia di base del sistema di garanzie.

IL NHS ha quindi esteso il contributo generale della funzione «controllo di gestione» in tema di gestione dei rischi, e ha puntato ad assicurare che il controllo diventasse parte integrante e fondamentale della logica d'azione delle proprie aziende, in modo che la logica non fosse sviluppata in un vacuum, ma diventasse parte integrante della cultura NHS.

3. Il contesto per la gestione dei rischi nell'ambito del NHS

Di norma le aziende non sono in grado di comunicare efficacemente i motivi razionali che stanno alla base dei propri elevati profili di rischio. Le difficoltà sul fronte di una comunicazione appropriata con il pubblico rende difficile per i governi, l'industria e la società una gestione accurata e mirata del dibattito sul rischio, che risultano di conseguenza in notevoli costi incrementali che il più delle volte sarebbero stati invece evitabili.

In passato molti sistemi sanitari hanno sottostimato l'entità del danno e della sofferenza complessivamente arrecata ai propri pazienti in seguito a

errori clinici e incidenti in ambito ospedaliero e sanitario. Gli operatori sanitari sono perfettamente consci di quanto gli errori clinici abbiano un notevole impatto sul pubblico, come testimonia lo spazio che continuano ad avere nei titoli dei giornali le notizie che riportano questo tipo di incidenti. Basta ricordare la prima inchiesta che il Bristol Heart Inquiry, con un'intensità mai raggiunta prima di allora, portò all'attenzione del pubblico e dei professionisti (caso Beverly Allitt) sul tema della sicurezza del paziente. L'inchiesta Bristol si focalizzò per la prima volta sugli errori professionali, gestionali e organizzativi come fallimenti del sistema che avevano provocato il problema che aveva danneggiato il paziente a sussistere per un lungo periodo di tempo. Come nel caso di Bristol, il rapporto Alder Hey ha portato all'attenzione pubblica i rischi dell'assistenza ospedaliera e ha spianato la strada per numerose altre inchieste di alto profilo da parte dei media su specifici casi individuali. Tra le storie che recentemente e nello spazio di un solo mese (febbraio 2000) hanno avuto la maggiore rilevanza sui titoli dei giornali possiamo citare il caso di un 74enne deceduto presso il Royal Sussex County Hospital di Brighton in seguito alla somministrazione del farmaco sbagliato durante un intervento chirurgico, un bambino con sospetta meningite trasferito ad un altro ospedale dopo aver ricevuto per quattro volte la dose di un antivirale, il caso di Wayne Jowett, deceduto in seguito all'iniezione di Vincristine nel midollo spinale invece che intravena al Queen's Medical Centre Nottingham, o il significativo titolo «Uccisa dall'ospedale» apparso sull'Evening Standard in riferimento ad una bambina di tre anni a cui per errore venne somministrato ossido nitrico invece che ossigeno. A questi si aggiunge un recente articolo apparso sul prestigioso

so *British Medical Journal* che afferma che più del 10% delle complessive ammissioni ospedaliere risultano in incidenti, il 50% dei quali era evitabile.

A tuttoggi è possibile affermare che ancora non esiste una comprensione e una condivisione generali dell'approccio necessario alla riduzione del rischio per i pazienti, basato sull'analisi sistematica degli errori e incidenti e il conseguentemente processo di miglioramento basato sull'apprendimento, anche se è vero che complessivamente sta cambiando il modo in cui le modalità con cui viene trattato in complesso il tema della sicurezza del paziente. L'informazione sull'errore clinico e gli incidenti sta ad ogni modo diventando di elevata priorità nei sistemi sanitari nel Regno Unito così come nel resto del mondo.

4. Requisiti obbligatori

Una definizione di *controls assurance* venne pubblicata nel documento del 1999 intitolato «Linee guida per l'implementazione del *controls assurance* nel NHS»:

— un processo per mettere in grado le aziende NHS di fare «del loro meglio, ragionevolmente» nell'ambito della protezione del paziente, del personale e del pubblico nei confronti di qualsiasi tipo di rischio;

— un sistema di gestione fondamentale alla governance del NHS;

— attraverso l'autovalutazione, fornisce alle direzioni aziendali l'informazione necessaria ad identificare e determinare i livelli di rischio accettabili.

La pietra miliare per la nascita del *controls assurance* è rappresentato dalla richiesta fatta a tutte le aziende NHS di produrre esplicite «dichiarazioni di garanzia» volte ad assicurare che queste stiano «ragionevolmente, facendo del loro meglio» per gestire

efficientemente ed efficacemente le attività tramite l'implementazione di controlli interni per la gestione dei rischi.

Per quanto stabilito con la legge 55/97 e la circolare 70/98 le aziende sanitarie sono quindi tenute a produrre le dichiarazioni di *controls assurance* nell'ambito delle generali verifiche finanziarie che accompagnano la presentazione del bilancio annuale. La richiesta di fornire una garanzia di stabilità finanziaria dell'azienda è quindi ora estesa (con la circolare 123/99) alla garanzia di esistenza e funzionalità dei sistemi di controllo e gestione dei rischi inerenti ad aree non finanziarie e non cliniche, che deve essere prodotta per mezzo di una cosiddetta «dichiarazione di *controls assurance*» che, a partire dall'esercizio 1999-2000, deve accompagnare il rapporto annuale sull'andamento della gestione.

La circolare 5/01 esplica infine le azioni chiave che i direttori generali dei *Trust*, delle *Health Authorities* e dei *Primary Care Trusts* devono adottare per soddisfare le richieste di *controls assurance* per l'anno 2000-2001. Le azioni richieste sono le seguenti. Entro il 31 marzo 2001 i direttori generali avrebbero dovuto garantire che le loro aziende erano conformi al cosiddetto «livello 1» così come identificato in una matrice (vale a dire, uno schema riassuntivo) chiamata *Controls assurance and maturity risk matrix* e comunicata a tutte le aziende NHS, e firmare per conto della Direzione aziendale una «dichiarazione di garanzia» nell'ambito del rapporto annuale sul bilancio.

A questo scopo sono stati forniti alcuni modelli *standard* da usare per le dichiarazioni di garanzia e che devono essere firmati e presentati nell'ambito dell'*Annual Report* dell'azienda.

5. Responsabilità della direzione e del Direttore generale

Le direzioni generali delle aziende NHS sono tenute a dotarsi di «comitati preposti alla supervisione della *clinical governance* all'interno della loro organizzazione». Per *clinical governance* s'intende «un modello attraverso cui le aziende NHS sono responsabili per un miglioramento continuo della qualità dei propri servizi e la salvaguardia di elevati *standard* d'assistenza, tramite la creazione di un ambiente in cui l'eccellenza nell'assistenza sanitaria possa svilupparsi naturalmente».

Mentre la maggior parte dei *Trust* possiede già comitati per la *clinical governance*, le *Health Authorities* non sono formalmente tenute a istituirne simili comitati. Al fine di garantire che tutte le problematiche di gestione dei rischi siano adeguatamente considerate e comunicate alle direzioni, le *Health Authorities* dovrebbero invece assicurare la presenza di uno o più sottocomitati per la supervisione dei sistemi di gestione dei rischi nell'ambito dell'azienda. Sono membri di questi comitati: il direttore generale, un direttore esecutivo, responsabile del comitato, e almeno uno dei direttori non esecutivi.

La responsabilità del comitato include il coordinamento di tutte le iniziative aziendali e l'assegnazione delle priorità in tema di gestione dei rischi, oltre alla promozione della più ampia consapevolezza delle tematiche di gestione dei rischi a tutti i livelli dell'organizzazione. Nel caso in cui il comitato per la gestione dei rischi non abbia la responsabilità diretta su tutte le tipologie di rischi (p.e. nel caso in cui i rischi prettamente clinici siano materia esclusiva di un apposito sottocomitato) sorge la necessità di definire collegamenti trasparenti tra i vari comitati. Tutti i *Trust* e le *Health*

Authorities devono avere un direttore esecutivo con la responsabilità generale di garantire l'implementazione del *controls assurance* (che tende quindi a comprendere sia l'attività specifica di gestione dei rischi che il più generale controllo di gestione) con il compito di fornire rapporto finale alla direzione generale. Infine, il direttore generale è il responsabile ultimo per l'effettiva implementazione di efficaci sistemi per la gestione dei rischi e il controllo interno.

Le azioni minime richieste alle aziende NHS consistono in:

- assicurare che siano presenti nell'ambito dell'azienda le strutture più appropriate per l'implementazione del *controls assurance*, tenendo conto dei legami con il concetto di *clinical governance* che discende da queste attività;

- condurre un'autovalutazione sull'aderenza dell'azienda ai requisiti di base della gestione dei rischi e del controllo di gestione;

- formulare un piano d'azione delle priorità che assegni chiaramente le responsabilità alla luce di quanto scaturito dall'autovalutazione iniziale;

- fornire una «dichiarazione di garanzia iniziale» nell'ambito del proprio «Rapporto sulla gestione annuale»;

- garantire la presenza di accordi appropriati per verificare quanto contenuto nella dichiarazione di garanzia.

Rimangono validi, infine, i doveri informativi che le aziende NHS hanno nei confronti del Ministero della sanità (*Department of Health, DoH*) e che assicurano il monitoraggio complessivo, a livello nazionale, dell'implementazione del *controls assurance*.

Nell'ambito di molte aziende NHS esistono poi numerosi «altri» gruppi di lavoro incaricati di aspetti specifici di gestione dei rischi. Questi includono comitati incaricati di problematiche specifiche, quali salute e sicurezza, controllo delle infezioni, procedu-

re di emergenza, gestione delle apparecchiature e della tecnologia sanitaria, e così via.

Per garantire che la gestione dei rischi sia adeguatamente coordinato nell'ambito complessivo dell'azienda e che gli esecutivi e la direzione generale siano continuamente informati sulle tematiche di rischio più significative, il comitato aziendale per la gestione dei rischi dovrebbe avere un ruolo di supervisore dell'attività di questi gruppi e fornirne rapporti esaurienti sulla loro attività alla direzione generale.

5.1. Ruolo del comitato di controllo (Audit Committee) in materia economica e finanziaria

L'esistenza di una funzione di controllo interno consolidata e la presenza di un comitato di controllo (*Audit Committee*) sono fondamentali. Il comitato di controllo è particolarmente significativo per il monitoraggio dell'implementazione di azioni correttive, anche se, idealmente, dovrebbe unicamente avere un ruolo di revisore e non una diretta responsabilità sulla gestione dei rischi, che dovrebbe essere rimessa invece ad un comitato separato per la gestione dei rischi.

Il ruolo principale del comitato di controllo è di contribuire autonomamente al complessivo processo di direzione e gestione dell'azienda per garantire che venga mantenuto un adeguato sistema di controllo interno. La direzione aziendale mantiene in ogni caso la diretta responsabilità su tutti gli aspetti di controllo interno.

L'attività chiave del comitato si concentra sull'ambito prettamente finanziario del controllo interno, che include:

- la salvaguardia del patrimonio aziendale,

- l'integrità del sistema di scrittura contabile,

- la veridicità dell'informazione finanziaria,

- l'indipendenza e l'efficacia del controllo interno ed esterno,

- l'efficacia dei sistemi interni di controllo finanziario,

- il controllo generico dell'ambiente esterno (nell'ambito della gestione dei rischi sono ad esempio incluse le possibili misure difensive per scoprire e impedire le frodi).

6. Il concetto di *clinical governance*

«La Clinical governance può essere definita come un modello attraverso cui le aziende NHS sono responsabili per un miglioramento continuo della qualità dei propri servizi e la salvaguardia di elevati standard d'assistenza, attraverso la creazione di un ambiente in cui l'eccellenza nell'assistenza sanitaria possa naturalmente svilupparsi»

(A First Class Service: Quality in the new NHS)

Il concetto di *clinical governance* richiede una responsabilizzazione specifica ed esplicita dei vertici delle aziende che ponga la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti al primo posto dell'agenda delle aziende tramite la creazione di una cultura della qualità che in primo luogo vada a beneficio dei pazienti del NHS.

La cultura più appropriata è caratterizzata da una passione condivisa per la qualità, la trasparenza e il rispetto, l'attenzione e l'equità, una cultura in cui le persone non possono essere indotte alla frode o trovare mezzi per avvantaggiarsi personalmente. Fino a poco tempo fa, il centro dell'attenzione della *governance* nel NHS è stato il sistema di finanziamento. La nuova attenzione riposta sulla *clinical governance* vuole invece riportare l'enfasi sulla qualità dell'assistenza clinica, come ambito prevalente e distintivo del NHS. Per riequilibrare l'attenzione storicamente puntata sull'equilibrio finanziario è quindi stato

fondamentale dare un'identità propria e autonoma al concetto di *clinical governance*, che deve comunque sapersi sviluppare autonomamente, vale a dire, in modo «personale e specifico alle singole realtà», soprattutto nell'ambito delle istituzioni di più recente creazione come i *Primary Care Trust* (gruppi per le cure primarie). Esistono comunque una serie di competenze e di modelli oramai condivisi che la *clinical governance* può trarre dalla più ampia prospettiva dell'agenda del *controls assurance*, tanto che si prevede che entro i prossimi due anni si assisterà ad una sostanziale convergenza tra i due concetti di *clinical governance* e *controls assurance*. Alcune aziende NHS hanno infatti integrato le proprie attività di *controls assurance* e *clinical governance* e il risultato complessivo in termini di approccio integrato, se adeguatamente implementato, non potrà che apportare benefici significativi all'azienda.

Continua invece a persistere un'area grigia tra l'area della gestione dei rischi clinici e quella della gestione dei rischi diversi, la cui separazione risulta nella pratica non solo difficile ma anche poco auspicabile. Per questo motivo alcune aziende NHS hanno provveduto ad incaricare il comitato per la gestione dei rischi anche della responsabilità di coordinamento della gestione dei rischi clinici con i rischi diversi, che si aggiunge all'attività generale di definizione delle priorità dell'intero portafoglio di rischi aziendali.

In ogni caso la considerazione più importante a riguardo è che le azioni vengano sempre adeguate alle specificità locali

7. Identificazione e gestione delle specificità di rischio (*local risk*)

Le implicazioni del rapporto Turnbull per quanto concerne la gestione delle specificità di rischio (i cosiddetti

«rischi locali») nell'ambito delle aziende NHS sono state notevoli. Le direzioni aziendali e i dirigenti *senior* devono considerare formalmente e con rigore l'adeguatezza dei modelli di controllo adottati dalle proprie aziende, a rischio di trovarsi a rispondere di un'accusa per negligenza personale. I vertici aziendali devono ponderare la scelta tra diversi modelli di gestione del rischio con diversa capacità d'incidere sulla turbolenza e la complessità dell'ambiente.

Infine, anche se la modalità con cui il rischio è misurato è una decisione locale (vale a dire, specifica), basata sul giudizio soggettivo, quello che è importante è che ci sia un valido processo di supporto all'analisi che possa essere spiegato e a tutti i portatori di interesse. Questo significa che la comunicazione in tema di rischi non dovrebbe avvenire solo dall'alto verso il basso, ma deve poter permettere flussi d'informazioni tra attività e realtà interdipendenti, incoraggiare un commento costruttivo e un *feedback* adeguato attraverso l'azienda e nell'ambito del sistema NHS stesso. Proprio per questo motivo l'impiego della metodologia e delle tecniche basate sull'autovalutazione è vitale.

Monitoraggio e azioni correttive sono quindi fondamentali per il successo del *controls assurance* nell'ambito delle singole aziende. Elementi chiave sono:

- un processo di monitoraggio complessivo, che fornisca alla direzione aziendale una garanzia ragionevole dell'esistenza di procedure appropriate di controllo su tutte le più significative attività aziendali e che assicuri che le procedure sono effettivamente seguite da tutti gli operatori;

- un modello per il cambiamento, che può richiedere revisioni all'attuale sistema di controllo finanziario interno;

- procedure formali di individuazione e rapporto di eventuali debolezze del sistema, per assicurare un'azione efficace e un supporto adeguato alla dichiarazione pubblica dei direttori sul controllo interno e sul controllo finanziario interno.

7.1. Il supporto organizzativo al controls assurance

L'Agenzia di supporto al *controls assurance* (*Controls Assurance Support Unit*, CASU) venne creata nell'ottobre del 2000 per assistere le aziende NHS nel miglioramento della propria capacità di gestione dei rischi e della qualità dei propri servizi, attraverso l'elaborazione e comunicazione di *standard* specifici e l'identificazione mirata alla condivisione di esempi di *good practice* nell'ambito del controllo di gestione e gestione dei rischi.

La CASU è situata presso la Keele University, dove lavora a contratto per il gruppo per la *controls assurance* governativo (*Department of Health Controls Assurance Team*). Più specificamente, la CASU è stata istituita per:

- facilitare le Aziende del NHS nel mantenimento degli *standard* attuali di *controls assurance*;

- facilitare lo sviluppo di nuovi *standard* di *controls assurance*;

- sviluppare la capacità di indirizzo interna del sistema di *management* (*guidance*);

- promuovere il confronto tra le diverse realtà;

- identificare le necessità di formazione e *training* per le aziende NHS;

- valutare l'effetto complessivo del programma di *controls assurance*.

Il governo è convinto che le Aziende del NHS godranno di notevoli benefici con l'adesione agli *standard* CASU. La CASU sta incoraggiando lo sviluppo di una rete di relazioni che abbracci tutte le aziende NHS per la

condivisione della *good practice*. Inoltre, la CASU sta sviluppando per le aziende NHS dei corsi di formazione su tematiche di *corporate governance* e gestione dei rischi.

La condivisione di informazione e idee con altre istituzioni come la Commissione per il miglioramento della salute (*Commission for Health Improvement*), la Commissione di controllo (*Audit Commission*), l'Autorità giudiziaria del NHS (*NHS Litigation Authority*), e l'Unità di supporto alla clinical governance (*Clinical Governance Support Unit*) è sicuramente una parte preponderante del suo lavoro.

La valutazione dell'impatto del programma di *controls assurance* sul NHS è uno dei temi di ricerca principali della CASU. Il programma di ricerca include l'esame, la percezione del rischio nell'ambito del NHS, l'impiego di registri dei rischi, lo sviluppo dei concetti di responsabilità e la collaborazione diretta con le direzioni delle aziende.

8. Le revisioni in atto. Le nuove tematiche e i nuovi casi di discussione

«Tutti i responsabili della gestione, dai membri della direzione generale fino agli ultimi sovrintendenti sono colpevoli poiché tutti devono condividere il rischio in caso di errore nella gestione. Dal vertice alla base l'azienda è stata infettata dalla malattia della disattenzione»

[Herald of Free Enterprise Inquiry 1987 (A shipping disaster in the English Channel)]

Ogni Azienda del NHS dovrebbe porsi queste domande:

- stiamo facendo del nostro meglio?
- stiamo evitando che possa verificarsi un incidente?
- stiamo cogliendo tutte le possibilità per fare le cose nel modo più appropriato?

— abbiamo il supporto del pubblico?

8.1. L'autovalutazione: una auto-controls assurance

Il primo enunciato dell'atto di indirizzo promosso nel 1997 dal Ministero della sanità ha delineato per la prima volta la necessità che l'azienda gestisca il rischio attraverso un diretto coinvolgimento delle persone. Questo stesso messaggio venne ulteriormente sottolineato in seguito in un requisito necessario per le aziende NHS nel documento «Guidance for Directors» proposto in occasione del lancio dei *Controls Assurance Standards* nel 1999.

Un metodo sempre più adottato per il coinvolgimento delle persone è l'uso della tecnica di «autovalutazione di controllo» (*Control Self Assessment, CSA*). L'applicazione formale della «autovalutazione di controllo» si basa sulla costituzione di gruppi di lavoro formati da *manager* e specialisti per facilitare l'analisi dei punti di forza e debolezza che influiscono sull'abilità di raggiungere i propri obiettivi e di decidere azioni appropriate.

I benefici di questo approccio consistono nel fatto che:

— raccoglie i contributi di tutta l'azienda nella gestione del rischio per migliorare il controllo,

— chiarisce le responsabilità individuali e i doveri,

— permette ai dipendenti di essere coinvolti nella gestione del rischio e fornire *feedback*,

— promuove gruppi di lavoro interdisciplinari che promuovano il consenso e una maggiore comprensione dei problemi,

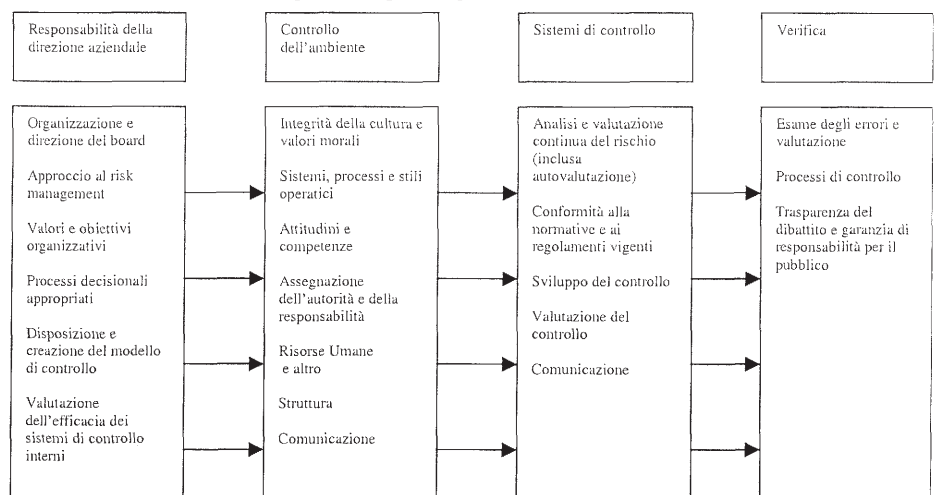
— trasferisce le responsabilità del rischio dai *controller* ai dipendenti,

— pone maggiore enfasi sulla formazione, semplificazione dei processi e *feedback* piuttosto che sull'analisi a posteriori del controllo finanziario,

— fornisce una base di garanzia per la direzione sul controllo interno.

Gli argomenti a favore dell'uso di questa metodologia sono sicuramente convincenti. Una delle cause più comuni del fallimento dei sistemi di controllo dei rischi sta nel fatto che mentre in situazioni di errore la direzione aziendale viene spesso sorpresa dal verificarsi dell'evento, altri attori aziendali (in particolare, operatori sanitari e altri dipendenti) erano già a conoscenza del fattore di rischio specifico anche se, per qualche ragione, non hanno voluto o potuto riportare le loro

Figura 2 - Il modello CASU per la corporate governance



preoccupazioni a qualche responsabile. In questo senso il processo di autovalutazione dei sistemi di controllo incoraggia l'istituzione di un meccanismo di supporto volto alle persone che intendano dare voce senza timore ai propri suggerimenti e preoccupazioni, poiché tale processo diventa parte integrante dell'attività giornaliera.

8.2. Apprendere dagli errori. La lezione della gestione dei rischi

Errori e omissioni continueranno a verificarsi fintantoché non verrà promossa una cultura positiva di trasparenza e apertura che abbracci l'intero NHS. La conseguenza di un fallimento o di un errore potrebbe infatti essere ancora più disastrosa se una stessa variabile venisse nuovamente a ripetersi.

Il gruppo di lavoro aziendale dovrebbe quindi essere in grado di apprendere dagli incidenti più critici (in cui il paziente muore o rischia seriamente la vita), dagli eventi significativi (nel caso in cui l'evento continua a ripetersi o potrebbe farlo, come nel caso in cui un paziente commette suicidio o gli viene prescritto un farmaco sbagliato), e dai singoli reclami del paziente.

Come abbiamo visto, la gestione del rischio ha richiesto lo sviluppo di piani d'azione di *clinical governance*, l'elaborazione e l'adozione di *standard* e strumenti di controllo e il raggiungimento del consenso su programmi annuali di valutazione dei rischi e controllo sanitario (*clinical audit*).

A questi si aggiunge l'implementazione di un sistema informativo sugli eventi. La gestione dei rischi implica, infatti, la registrazione degli eventi significativi e delle cosiddette *near misses* in un registro centralizzato, atto ad evidenziare tendenze o schemi d'accadimento ricorrenti degli incidenti, in un clima sereno di supporto che favo-

risca l'apprendimento sulla base degli eventi verificatisi e processi di apprendimento appropriati, che comportino una modifica delle azioni come risultato dell'analisi degli incidenti, in modo da minimizzare la probabilità che questi si verifichino nuovamente.

È vitale per il processo un buon accesso a dati veritieri e accurati. I rischi che derivano dalla non informazione sul paziente del medico o dell'infermiera, in particolare nel corso del primo incontro, sono molto rilevanti (nel caso in cui questi non sappia che cosa sia successo in precedenza o che cosa sia stato già riferito al paziente).

Su questo tema, l'apprendimento sulla base dell'errore richiede pertanto le seguenti azioni:

- lo sviluppo di sistemi d'accesso ai dati medici qualunque sia il luogo (*setting*) d'assistenza;

- la registrazione e archiviazione al momento giusto dell'informazione;

- la collaborazione con i soggetti dell'assistenza ad altri livelli o in altri luoghi (ad esempio, nel caso di cooperazione tra i livelli di assistenza primaria e secondaria) che pianifichi sistemi che assicurino un'informazione pronta, affidabile e accurata sulla storia clinica del paziente lo accompagni continuamente (attraverso l'uso di *smart card*, tessere elettroniche, ad esempio), che ha potenzialmente la possibilità di ridurre questi rischi;

- l'impiego dei sistemi informativi computerizzati alla loro piena capacità;

- l'istituzione di registri delle malattie a seconda delle priorità determinate dalle necessità locali.

Il NHS non deve sottostimare il valore dei reclami del paziente, che devono essere impiegati come strumento di gestione del rischio per informare l'azienda degli errori verificatisi e ridurre il rischio di errori nel futuro. Nel caso in cui il paziente non abbia ricevuto tutta l'informazione rilevante

sulla procedura clinica proposta e la possibilità di sapere quanto necessario circa rischi e benefici della propria situazione personale c'è infatti il rischio che questi presentino un reclamo o una richiesta di risarcimento. È più probabile che ci sia un reclamo se l'incidente avviene durante il processo clinico. Il consenso informato infatti prevederebbe la conoscenza *ex ante* di tutti gli aspetti connessi alla procedura o al trattamento clinico. La riduzione del rischio di reclamo comprende azioni di educazione e formazione degli operatori sulle procedure di richiesta del consenso, sulla metodologia di comunicazione dei rischi e dei benefici, oltre all'impiego di moduli specifici, redatti in un linguaggio semplice e comprensibile da tutti.

In sintesi, perché si svolga un processo di apprendimento dai reclami è fondamentale che un sistema di *reporting*, analisi delle tendenze attuali e future (in collaborazione con i colleghi che si occupano di *clinical governance*) e monitoraggio delle azioni di risposta, che garantisca che l'errore non avvenga di nuovo e che sia a disposizione in ogni azienda.

Un esempio reale viene dalla regione di North Staffordshire, dove un reclamo da parte di un genitore è risultato in una completa revisione di una linea guida nazionale relativa all'attività di *governance* della ricerca clinica nel Regno Unito.

Si tratta di un'inchiesta condotta presso il North Staffordshire NHS Trust in seguito ad un reclamo formale sul modo in cui i protocolli per l'attività clinica e la ricerca operavano presso il Trust. In particolare, il problema era inerente al consenso al trattamento e alla partecipazione alla ricerca dei pazienti.

L'inchiesta, guidata dal responsabile regionale per l'igiene pubblica, esaminò in dettaglio i protocolli per la richiesta del consenso e la ricerca scien-

tifica in uso al momento dei fatti che comportarono l'inchiesta e, in particolare, il modo in cui questi vennero utilizzati in relazione al lavoro; condotto da un consulente specifico.

L'analisi evidenziò che la gestione nazionale del consenso lasciava, di fatto, uno spazio d'autonomia considerevole nella gestione e nella conduzione dei singoli progetti di ricerca a livello locale, che poteva essere causa di inadeguatezze del progetto stesso ancora non a conoscenza delle autorità.

La lezione principale che venne tratta dalla gestione di questo reclamo fu che bisognava migliorare notevolmente le linee guida che governano la ricerca scientifica. Gli eventi verificatisi presso il North Staffordshire Trust così come in altri ospedali inglesi hanno spinto il NHS nella messa in atto di nuovi *standard* e nuove strutture per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Questi includono la responsabilità legale per la qualità dell'assistenza sanitaria, lo sviluppo di linee guida cliniche per mezzo del National Institute for Clinical Excellence e il monitoraggio della *performance* tramite la Commissione per il miglioramento in sanità, l'istituzione dell'Agenzia nazionale per la sicurezza del paziente per la gestione di un sistema di *reporting* unitario su tutti gli incidenti sanitari e la valutazione annuale e la conferma dei ruoli medici.

8.3. Il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico

Un decisivo coinvolgimento degli utilizzatori e degli operatori e la consultazione dei pazienti e del pubblico sono centrali per la politica del governo finalizzata a strutturare i servizi offerti sulla base dei bisogni e delle preferenze della popolazione (in sede di pianificazione, tramite il *NHS Plan*). Tutto ciò può verificarsi se tutti po-

tranno effettivamente parlare un linguaggio comune in tema di rischi e benefici del trattamento delle persone. Il coinvolgimento del pubblico nei processi decisionali relativi all'accettazione di un rischio o alla continuazione dell'azione clinica è parte del processo di valutazione dei rischi precedente alla selezione della direzione del gestione dei rischi.

Una cultura aperta e responsabile nel NHS permette la condivisione con il pubblico dell'informazione che riguarda rischi, costi e *performance*. Altrimenti, la discussione sarebbe solo superficiale e una revisione dei processi secondo quanto indicato dalla risposta dell'opinione pubblica sarebbe improbabile. Il pubblico deve avere un'informazione chiara riguardo alle tematiche d'interesse sanitario sulle quali è stata richiesta una sua opinione e tutte le opportunità per riflettere su quanto ricevuto come informazione prima di contribuire con il proprio punto di vista sui rischi in oggetto. Il *risk management* deve comprendere una buona comunicazione delle informazioni ai singoli pazienti così come al grande pubblico.

Il rischio che sorge dalla negazione di un'appropriate informazione ai pazienti è quello di vedere ridotta la soddisfazione e diminuire le opportunità di auto-assistenza. Migliore è l'informazione che i pazienti ricevono, migliore sarà la loro partecipazione ai processi decisionali inerenti al proprio trattamento clinico e il livello di scelta informata tra le diverse alternative a disposizione. Numerosi metodi possono essere d'aiuto per il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico nei processi decisionali inerenti a rischi e benefici, quali gruppi di discussione, gruppi d'interesse speciali, giurie di cittadini, udienze pubbliche, cassette dei suggerimenti e dei reclami.

9. Il futuro

Il documento «Costruire un NHS più sicuro per i pazienti» (*Building a Safer NHS for Patients*) presenta il piano del Governo per la promozione della sicurezza dei pazienti, che segue alla pubblicazione del rapporto «Un'organizzazione con una memoria» (*An Organisation with a Memory*) e l'impegno formale ad implementare tale piano nell'ambito del NHS Plan.

Il documento pone la questione della sicurezza dei pazienti nell'ambito del programma per la qualità NHS del Governo e ne sottolinea i collegamenti con altre iniziative governative inerenti. Il punto centrale del piano d'azione è il nuovo sistema, nazionale e obbligatorio, di *reporting* degli eventi sanitari che interessino l'assistenza sanitaria e i «quasi-errori» (*near misses*) nell'ambito del NHS. Il sistema di rilevazione si concentra sull'azione necessaria per istituire un sistema che garantisca a livello locale e nazionale che l'esperienza appresa in ambito locale sulla base degli incidenti venga diffusa attraverso l'intero NHS. Il sistema renderà possibile la diffusione dell'informazione dall'ambito locale a quello nazionale, introducendo un approccio integrato all'apprendimento dall'errore sanitario, dagli incidenti e dai «quasi-errori», che cattura l'informazione sull'incidente da un'ampia varietà di fonti. Rapporti su basi selezionate al livello nazionale stimoleranno in un secondo momento azioni aventi per oggetto l'intero NHS nel caso si identifichino obiettivi di riduzione di rischio specifico o per evitare un nuovo verificarsi degli eventi rischiosi per i futuri pazienti, anche in altre parti del paese.

Il documento «Un'organizzazione con una memoria» ha quindi concentrato l'attenzione sul problema degli eventi potenzialmente evitabili che risultano in danno non intenzionale ai

pazienti. Il documento ha proposto soluzioni basate sullo sviluppo di una cultura dell'apertura, dell'informazione e del riconoscimento del valore della sicurezza nell'ambito di tutte le aziende del NHS.

9.1. La nuova agenzia per la sicurezza del paziente

La nuova agenzia nazionale per la sicurezza del paziente (*National Patient Safety Agency*) sarà alla guida dei processi di rafforzamento delle relazioni tra finanziatori, utilizzatori e fornitori di ricerca e l'interesse del paziente, grazie all'azione di focalizzazione sull'obiettivo comune di promozione della sicurezza. Una volta istituita, il Ministero della sanità prevede che l'Agenzia per la gestione del nuovo sistema nazionale di *reporting* degli incidenti procederà ad identificare i bisogni di ricerca e eventuali ulteriori richieste.

La maggior parte del lavoro iniziale per la realizzazione della nuova *vision* proposta nel documento «Un'organizzazione con una memoria» è già iniziato e inizia ora il compito di implementazione.

10. Conclusioni

Il prof. Brian Toft, che dirige l'inchiesta ufficiale sull'incidente verificatosi presso il Queens Medical Centre di Nottingham, ha dichiarato che: «... le prove presentate a questa commissione suggeriscono che l'incidente che ha portato alla morte del signor Jowett non è stato causato da uno o più errori umani, quanto da un insieme complesso di interazioni umani, organizzative, tecniche e sociali».

Le persone sono per loro natura portate a commettere errori. Sebbene le persone rimangano al centro del verificarsi dell'errore, questi si ripropongono a causa dei sistemi in cui esse si

trovano ad operare. Il nuovo sistema nazionale di raccolta dell'informazione predisposto nel documento «Un'organizzazione con una memoria» fornisce un'opportunità unica per il NHS per indirizzare il problema della sicurezza del paziente in modo esaustivo e decisivo.

Fallimenti dell'assistenza sanitaria potenzialmente evitabili sorgono da un numero imprecisato di situazione e con modalità sempre differenti. Una vasta gamma di tecniche, incluse ispezioni, inchieste e revisioni, sono state impiegate come risposta ai problemi verificatisi in passato. Negli anni si è purtroppo assistito ad una scarsa coerenza nelle modalità in cui queste risposte sono state fornite. Le procedure precedentemente in atto nel NHS sono incoerenti e frammentate, alcune non adeguatamente assimilate, spesso con duplicazione degli approcci e soluzioni inefficaci. L'istituzione di un nuovo sistema di *reporting* degli incidenti come suggerito dal documento «Un'organizzazione con una memoria» istituisce la necessità di soluzioni chiare alle incoerenze e ai fallimenti dei servizi, che si verificano su larga o piccola scala nelle aziende.

È inoltre avvertita l'esigenza di un ulteriore sviluppo nella cultura del NHS già in corso grazie allo strumento della *clinical governance* promuovere una cultura della trasparenza libera da accuse, con l'impegno di riportare e apprendere dall'errore medico e dai fallimenti basato sulla consapevolezza sui processi.

Stuart Weingart, dell'Harvard Executive, durante una conferenza sull'errore medico e la sicurezza del paziente ha dichiarato che «le strategie di miglioramento che puniscono i singoli medici sono sbagliate e non funzionano. Si deve invece agire sulle disfunzioni del sistema».

Questa affermazione sottolinea che il nuovo approccio, basato su una cultura della non-accusa e dell'apprendimento, fatto proprio dal NHS con il periodo di tempo necessario a diffonderlo, renderà possibile un effettivo recepimento da parte di tutte le aziende NHS.

(1) I *Trust*, che producono e forniscono i servizi di assistenza sanitaria secondaria e i *Primary Care Trust*, prima, poi trasformati in *Primary Care Groups* per le cure primarie, da

Tabella 1 - Incidenti nel NHS

<i>Esempi che dimostrano la scala e la natura del problema</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Gli incidenti interessano circa il 10% delle ammissioni, in un numero stimato di circa 850.000 per anno. • Gli incidenti costano circa 2 miliardi di sterline all'anno (23 miliardi di euro) all'anno per il solo prolungamento del ricovero. • Quasi 1.150 persone che sono state recentemente in contatto con i servizi di igiene mentale commettono suicidio ogni anno. • 400 persone sono morte o hanno avuto seri danni per incidenti in cui è coinvolta la tecnologia sanitaria. • Il NHS sborsa ogni anno circa 400 milioni di sterline (circa 0,6 miliardi di euro) in seguito a reclami dovuti a <i>clinical negligence</i>. • Le infezioni ospedaliere, il 15% delle quali evitabili, costano al NHS quasi 1 miliardo di sterline all'anno (1,5 miliardi di euro).
Dal rapporto: «Un'organizzazione con una memoria», giugno 2000.

un lato e le *Health Authorities*, le autorità sanitarie preposte all'acquisto dei servizi sanitari per la propria popolazione di riferimento

(2) Vedi paragrafo 1.

BIBLIOGRAFIA

Documentazione di riferimento:

- Risk Matters in Healthcare Kay Mohanna & Ruth Chambers
HSC (98)70 Financial controls and assurance statements.
Alder Hey Inquiry Report December 1999.
Queen Medical Centre External Inquiry Report July 2001.
Cadbury Committee Report 1992.
COSO (USA) 1992.
Greenbury Report 1995.
CoBIT (USA) 1996 & 1998.
Hampel (UK) 1998.
BIC (G10 organisations) 1998.
Turnbull Report 1998/9.
A first class service: Quality in the new NHS.
NHS Audit Committee Handbook.
Clothier Report 1991 (Allitt Inquiry).
- NSHA Risk Management Policy.
Salford Royal Hospitals NHS Trust Risk Management Strategy 1999-2002.
CNST Clinical Risk Management Standards June 2000.
Department of Health; An organisation with a Memory: A report of an expert group on learning from adverse events in the NHS, 2000.
HSC 1999/23 Governance in the NHS: Controls Assurance Statements 1999/2000: Risk Management and organisational controls.
HSC (99)65 Clinical Governance in the new NHS.
HSC (99)21.
HSC 2000/023 Improving quality and performance in the new NHS.
NHS Executive Guidelines for implementing Controls Assurance in the NHS: Guidance for Directors Nov 1999.
HSC 2001/005 Governance in the NHS: Controls assurance statements 2000/01 and establishment of the Controls Assurance Support Unit.
CNST Risk Management: Developing a Strategy, 2000.
- MISC (96) 44 Controls assurance project conference 21 Nov 96 managing risk within the internal control environment.
FDL (95) 40 Corporate Governance in the NHS Corporate Governance Framework Manual.
MISC (99)39 Supporting implementation of Clinical Governance.
HSC 1999/999 Australia/New Zealand Standard 4360:1999 Risk Management.
Letter from Colin Reeves, DoF, DOH: Governance in the NHS.
Letter from T Crowley, Chairman Internal Auditors Practitioners Group: Controls Assurance: The role of Internal Audit.
NHS Audit committee handbook.
EL (95)123 Guidance on the organisation and delivery of internal audit.
NAO: Supporting innovation: managing risk in government departments, July 2000.
NSHA Standing Orders.
Code of Conduct & Accountability 1994.
The NHS Plan, July 2000.
NHS Complaints «Listening... Acting... Learning».
Bristol Royal Infirmary Inquiry Report 1998.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

**La soddisfazione
del paziente in ambito
ospedaliero.
Problemi metodologici
ed aspetti applicativi**

Franci A., Corsi M.

Edizioni Summa
Padova, 2001

(a cura
di Marco Meneguzzo)

L'ormai decennale processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari ha introdotto, tra le diverse innovazioni, anche l'adozione «(...) in via ordinaria del metodo di verifica e revisione della qualità delle prestazioni e del loro costo (...) al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori (...)» (D.L.vo 502/517, art. 10), ma su questo versante non ancora esistono, al momento, esperienze consolidate nel nostro Paese, piuttosto si potrebbe parlare di vari e molteplici percorsi aziendali di implementazione di sistemi qualità.

A mancare sono soprattutto i metodi e gli strumenti di valutazione della qualità sanitaria, perché le esperienze condotte mutuano le metodologie già adottate nel mondo delle imprese, senza attenzione per le peculiarità delle aziende sanitarie. Mancanza forse in gran parte dovuta alla multidimensionalità del concetto di qualità (tecnica, relazionale, organizzativa, economica ed ambientale) e all'incapacità di individuare misure complessive di valutazione, in un contesto in cui è sempre stata sottovalutata la cultura della misurazione. Infatti, la tentazione più naturale, spesso, è quella di indirizzare gli sforzi maggiori solamente verso una delle dimensioni, senza tener conto della loro stretta interdipendenza e dell'inefficienza che deriva dal presidiarle disgiuntamente.

Lacuna che, peraltro, deve colmarsi in tempi brevi per realizzare compiutamente ciò che, già oggi, i sistemi sanitari, tra cui quelli regionali italiani, richiedono in termini di governo clinico aziendale, che rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi resi. Il contributo del governo clinico alla vita aziendale, infatti, si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella garanzia di elevati *standard* assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. Pertanto, la costruzione di un sistema di garanzia della qualità, intesa nella sua accezione di sistematicità e sicurezza di offerta di servizi di qualità, dovrebbe rappresentare per le aziende sanitarie il metodo ordinario di programmazione e gestione.

Il libro di Franci e Corsi si dimostra utile proprio perché chiarisce questi aspetti, la loro applicabilità specifica al contesto ospedaliero e l'impostazione operativa di un progetto di misurazione psicometrica della qualità percepita dagli utenti. La sua utilità è tutta nelle due direttrici su cui si sviluppa il lavoro degli autori: (i) l'analisi di quella dimensione della qualità, ancora poco presente nei nostri ambiti sanitari, e che dovrebbe rendere approcci concreti l'umanizzazione dell'assistenza e la personalizzazione dei percorsi di salute, oggi giorno principi ispiratori del funzionamento delle aziende sanitarie con scarsa applicazione; (ii)

la proposta di un metodo per superare la frammentazione e lo spontaneismo delle iniziative di misurazione della qualità. I due autori incidono proprio sugli aspetti che mancano alla cultura della qualità in sanità, come la trasformazione della misurazione della qualità in una componente ordinaria delle aziende sanitarie, anche per evitare rischi di autoreferenzialità, la costruzione di metodi ed indicatori validi ed affidabili.